

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE Medicina
Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia
de la Ciencia



TESIS DOCTORAL

Psiquiatría crítica en España en la década de los 70

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Fabiola Irisarri Vázquez

Directores

**Rafael Huertas García-Alejo
Luis Montiel Llorente**

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

PSIQUIATRÍA CRÍTICA EN ESPAÑA EN LA DÉCADA DE LOS 70.

Trabajo de investigación presentado para la obtención del Grado de Doctor

Fabiola Irisarri Vázquez

Directores: Rafael Huertas García-Alejo y Luis Montiel Llorente

Madrid, 2017.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

PSIQUIATRÍA CRÍTICA EN ESPAÑA EN LA DÉCADA DE LOS 70.

Trabajo de investigación presentado para la obtención del Grado de Doctor

Fabiola Irisarri Vázquez

DIRECTORES

RAFAEL HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Centro de ciencias humanas y sociales.
Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid

LUIS MONTIEL LLORENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública
e Historia de la Ciencia.

Esta tesis ha sido realizada en el marco del Proyecto de investigación “Psiquiatría y cambio social en España. 1960-1985” - HAR2015-66374-R (MINECO/FEDER)

A las familias, y en especial a la mía.

A Antón y a Simón que son el porvenir.

Agradecimientos

A lo largo de sus múltiples trastabilleos, este proyecto ha orbitado alrededor de Goretti, Teresa, Pablo y Jose. Sin estos centros de gravedad permanente este trabajo se habría deshecho. Como muchas otras veces, tan vital ha sido su compañía y su amistad como su esfuerzo. A Pablo, quisiera agradecerle además su contribución con la fotografía y la cámara. A Goretti, Teresa y Jose, la labor, mil veces tediosa, de revisar el texto. A Ana, que coordinó con tesón este último proceso, mi gratitud por su precisión geométrica.

Entre líneas, describir el apoyo de Rut y de Loreto ocuparía la extensión de este trabajo. A Julia, agradecerle su memoria y sus metáforas. Mi gratitud también para Nacho, Vanesa, Micaela, Martina, Sofia y Gini.

Mi reconocimiento a las personas de las calles y playas de Madrid cuyas frases conversaciones y diatribas se cruzaron en mi vida para girar de tanto en tanto por mi memoria.

Me gustaría remarcar la generosidad y la paciencia de quienes accedieron a hablar con nosotros, Enrique Gonzalez Duro, Sergio García Reyes, Carmen Sáez, Guillermo Rendueles, Onésimo González, Ramón Garcia, Manuel Baldiz, Alicia Roig, Carlos Frigola y Cristobal Colón. Pese a que las conversaciones con Lidia Falcón y el periodista Tomás Martin Arnorriaga no figuran en este trabajo contribuyeron tanto como los anteriores al desarrollo de este proyecto.

Solo me falta dar las gracias a Rafael Huertas, quien además de orientar y dirigir este trabajo, lo alentó, apoyó y facilitó de innumerables maneras.

"¿Y qué, si esto es enfermedad? ¿Qué importa que se trate de una tensión anormal si su resultado, tal como lo considero y analizo cuando vuelvo a mi estado corriente, contiene armonía y belleza en el máximo grado (...)?"

Fyodor Dostoyevsky. El idiota; 1869

"No cabe civilización alguna sin estabilidad social. Y no hay estabilidad social sin estabilidad individual".

Aldous Huxley. Un mundo feliz; 1932

"Si un individuo muestra esperanza de recuperación se le envía a un hospital de enfermos crónicos donde le curaban pronto los tratamientos mecánicos y propagandísticos".

Jean-Luc Godard. Alphaville; 1965

*"el manicomio lleno de muertos vivos
el manicomio lleno de muertos vivos
el manicomio lleno de muertos vivos"*

Leopoldo María Panero. El canto del llanero solitario; 1973

ÍNDICE:

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	13
I. INTRODUCCIÓN.....	21
II. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	29
III. HIPÓTESIS.....	31
IV. OBJETIVOS.....	32
V. MATERIAL Y MÉTODO.....	33
PRIMERA PARTE: LA RECEPCIÓN EXTRAACADÉMICA DE LA ANTIPSIQUIATRÍA	
VI. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, LA OMS Y LA ANTIPSIQUIATRÍA.....	43
VI.1. El desarrollo del modelo comunitario durante la Segunda Guerra Mundial.	
VI.1.1. Los inicios de la psiquiatría comunitaria en la primera mitad del siglo XX.....	44
<i>La asistencia en el frente durante la Primera y Segunda Guerra Mundial</i>	
VI.1.2. Psiquiatría en el frente durante la Primera Guerra Mundial.....	47
<i>La normalización de las neurosis. Del manicomio al frente</i>	
VI.1.3. Psiquiatría en el frente durante la Segunda Guerra Mundial.....	55
VI.2. La primera psiquiatría comunitaria: el modelo inglés.....	63
<i>Hacia una versión sociológica de la identidad personal.</i>	
VI.3. Los informes del comité de expertos de la OMS.....	75
<i>Institucionalización del modelo comunitario.</i>	
VI.3.1. Tratamiento preventivo y etiología.....	81
<i>La neurosis traumática y las intervenciones comunitarias.</i>	
VI.3.2. La asistencia: Modelo comunitario de tratamiento.....	92
VI.4. La crítica al modelo de la reforma: De Maxwell Jones a la antipsiquiatría.....	101
VII. AJOBLANCO: LAS ALTERNATIVAS PSIQUIÁTRICAS DENTRO DE LA CONTRACULTURA.	
VII.1. Contracultura y nueva izquierda.....	119
VII.2. Reforma, contracultura, nueva izquierda y antipsiquiatría.....	129
VII.3. La antipsiquiatría en Ajoblanco.	

VII.3.1. La revista.....	136
VII.3.2. El colectivo de antipsiquiatría.....	143
VII.3.3. La sección de antipsiquiatría.....	146
VII.3.4. La locura frente a los trastornos.....	148
VII.3.5. La lógica de la asimilación.....	152
VII.3.6. La institucionalización: Redes antipsiquiátricas.....	155
VII.3.7. Dispositivos asistenciales.	
VII.3.7.1. Principios de la asistencia.....	157
VII.3.7.2. Las comunidades antipsiquiátricas inglesas.....	160
VII.3.7.3. Existentialia.....	167
VII.3.7.4. Los centros de higiene mental.....	172
VII.3.7.5. El hospital de día de Madrid.....	175
VII.3.8. Los problemas de la institucionalización.	
VII.3.8.1. La Borde: la crítica a la reforma del manicomio.....	177
VII.3.8.2. El tercer Reseau: La alianza con la política institucional.....	180
VII.3.9. Redes de alternativas no psiquiátricas en Reino Unido.....	183
VII.3.10. El colectivo de Psiquiatrizados en Lucha del hospital de día de Madrid.....	184
VII.3.11. Las entrevistas.	
VII.3.11.1. Entrevista a Félix Guattari.....	188
VII.3.11.2. Entrevista a David Cooper.....	189
VII.3.12. Los autores más citados.	
VII.4. Contrapuntos de Ajoblanco: <i>Ozono y el Viejo Topo. Contracultura y nueva izquierda</i>	191
VII.4.1. Ozono. El dossier de antipsiquiatría en la contracultura madrileña.....	192
VII.4.2. El viejo topo.....	200
VII.5. Ajoblanco: antipsiquiatría y las contraculturas de nueva izquierda.....	205

VIII. LAS CLÍNICAS DE IBIZA. DIVULGACIÓN EXTRA-ACADÉMICA Y ACTIVISMO SANITARIO	
VIII.1. Las movilizaciones psiquiátricas en España.....	211
VIII.2. Las Clínicas de Ibiza.....	215
VIII.3. Cronología en prensa del conflicto.....	220
VIII.4. La movilización de las Clínicas de Ibiza en prensa.	
VIII.4.1. Prensa periódica diaria.....	228
VIII.4.1.1. Argumentos asistenciales para evitar el traslado.....	229
<i>La OMS, los pacientes y los médicos frente a la Diputación.</i>	
VIII.4.1.2. Tejiendo redes.....	234
VIII.4.1.3. La diputación.....	240
VIII.4.2. Artículos de opinión en prensa nacional	243
VIII.4.3. La movilización de las Clínicas de Ibiza en prensa semanal.....	248
VIII.5. Los límites del contexto sociopolítico.	
<i>El experto como resultado de la censura en prensa, la prohibición de la huelga y las estrategias profesionales.</i>	
VIII 5.1. La censura de la prensa escrita en el tardofranquismo.....	250
<i>La resistencia de los psiquiatras. La empatía con los pacientes.</i>	
VIII 5.2. La penalización de la huelga.....	263
VIII.5.3. Las estrategias profesionales y la generalización del conflicto.....	26
VIII.6. El encierro y los nuevos movimientos sociales.....	269
VIII.7. Las movilizaciones psiquiátricas de los 70. Discurso de consenso y ala radical.....	274
VIII.8. El núcleo activista de la movilización.....	279

SEGUNDA PARTE: FUENTES ORALES

Enrique González Duro.....	283
Sergio García Reyes.....	313
Carmen Sáez Buenaventura.....	329
Guillermo Rendueles Olmedo.....	347
Onésimo González Álvarez.....	375
Ramón García.....	389
Manuel Baldiz Foz.....	415
Alicia Roig Salas.....	431
Carlos Frigola Serra.....	453
Cristóbal Colón Palasí.....	467
CONCLUSIONES.....	483
FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA.....	489

RESUMEN.

I-INTRODUCCIÓN

A principios de los 50, la experiencia de los psiquiatras militares con el shell-shock tras la segunda guerra mundial, cambia dentro de la psiquiatría la relación entre entorno y síntomas mentales. La rápida recuperación de los veteranos de guerra en pequeñas unidades de tratamiento hace pensar en un nuevo tipo de trastorno de carácter psiconeurótico. Este nuevo trastorno aparece en condiciones de guerra y por su veloz desaparición no puede ser integrado desde las clasificaciones tradicionales. Lo social como desencadenante inevitable y el síntoma como reacción temporal son las claves de esta apertura de la psiquiatría al medio.

A lo largo de las décadas de los 50 y 60 las preguntas que llevan a los estados psiconeuróticos reversibles de posguerra -¿qué tipo de asistencia necesitamos?, ¿cómo la vamos a organizar y prevenir en la comunidad?- centran los informes del Comité de Expertos de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los informes de las OMS establecen principios de prevención, investigación, instrucción y asistencia en los que la primacía de los psiquiatras y los mecanismos individuales de adaptación sostienen la respuesta ante estresores de intensidad variable. Se inicia así un análisis médico-psicológico de los procesos sociales que va a desplazar sobre el individuo y sus relaciones el estudio de los problemas comunitarios.

Esta normalización coexiste durante los 60 con una lectura distinta de la relación entre psiquiatría y sociedad que invierte la polaridad de la integración higienista de los 50.

Durante la década posterior a la segunda guerra mundial queda roto el ideal de progreso y su modelo positivista. El concepto socioeconómico de alienación marxista es insuficiente para dar cuenta del acatamiento y de la participación colectiva en el conflicto. Europeos y norteamericanos comienzan un análisis sociopsicológico de la irracionalidad de las masas.

El estructuralismo francés y la escuela de Frankfurt realizan dicho análisis en términos de

represión. En la escuela de Chicago el eje es el efecto de la institución en la identidad desviada. Lo que se replantea es la integración moral, jurídica e individual del hombre medio y de la enfermedad mental.

A mediados de los 60 se populariza la crítica contracultural. Los proyectos colectivos y los valores posmaterialistas articulan agrupaciones con identidades muy heterogéneas y con un alto nivel de recambio. Sus temas reflejan las preocupaciones éticas del periodo: pacifismo, ambientalismo y sectores marginales. Ejercen una función de vigilancia y de crítica. Desarrollan tácticas políticas no convencionales cuyos principios de acción recuerdan más a la guerra de guerrillas que a las milicias populares. La expansión desde el núcleo original depende de las simpatías movilizadas por sus miembros más estables. La clave son sus redes y alianzas.

A principios de los 60, el trabajo de campo de los sociólogos y la revisión contracultural introduce dentro de la comunidad terapéutica los efectos de este cambio de sensibilidad. La enfermedad mental se integra conforme a criterios médicos, pero se analizan los desequilibrios en la relación entre el médico y paciente. Finalmente, a finales de la década, el análisis desborda la sala del hospital y plantea los efectos de la integración institucional de la enfermedad dentro y fuera de la comunidad terapéutica.

Para Szasz, en la conceptualización médica de la enfermedad habría dos problemas. Un problema de interacción y un desliz jurídico, es decir, una privación de derechos civiles. Ambas líneas de la crítica psiquiátrica van a reflejarse en las sociedades democráticas que comienzan sus procesos de reforma comunitaria.

En Europa surgen así un conjunto heterogéneo de propuestas alternativas al modelo médico, individual e institucional de posguerra que conviven o se incluyen dentro de la psiquiatría hasta finales de la década de los 60. Al agruparse como antipsiquiátricos, la interacción de sus identidades colectivas con los “nuevos movimientos sociales” radicaliza su discurso en una confrontación de ida y vuelta con la psiquiatría institucional. Esta lectura política, política en la medida en que

recoge el cambio social que proponen los nuevos movimientos, va a condicionar su separación de la psiquiatría así como la recepción profesional y extraacadémica de las corrientes críticas que, salvo excepciones como la francesa, quedará vinculada a la crítica política y cultural de los 60.

II-ESTADO DE LA CUESTIÓN

El interés por la antipsiquiatría se puede identificar sobre todo en los países donde tuvo lugar su gestación, como Reino Unido e Italia.

Sin embargo, la historiografía sobre la recepción de la antipsiquiatría en España es muy escasa. El debate sobre uno o varios discursos alternativos a la asistencia psiquiátrica trascendió de los círculos meramente profesionales, pudiéndose distinguir varios contextos de demandas y reivindicaciones. Los propios facultativos se organizaron propugnando cambios asistenciales y desarrollando movilizaciones de gran repercusión mediática y social. La reconstrucción de dichas movilizaciones y dinámicas sociales está por hacer. Cabe señalar los trabajos de Valentín Galván, aunque se refieren a la recepción de Michel Foucault entre los psiquiatras “progresistas” españoles

III-HIPÓTESIS

A lo largo de la década de los 70, las nuevas corrientes antiautoritarias se van introduciendo, no sin tensiones, dentro de la oposición al Régimen de Franco. La recepción extraacadémica de la antipsiquiatría, como en otros países, se asocia en España a las prácticas contraculturales importadas y al activismo de nueva izquierda. Introducen una crítica institucional que sobrepasa el consenso contra el régimen dictatorial. La base de contenidos de la oposición política tradicional se amplía con las nuevas temáticas underground y las movilizaciones profesionales de la clase media. La recepción extraacadémica de la antipsiquiatría se produce en ambos circuitos, cada uno sometido a sus propias presiones, lo que contribuyó a una nueva sensibilidad de la opinión pública y de los profesionales hacia las minorías, facilitando otros modelos de integración profesional y extra-

profesional de la locura.

IV-OBJETIVOS

Objetivo General: Estudiar las principales características de la recepción en España del llamado movimiento antipsiquiátrico, distinguiendo su influencia real en los nuevos discursos sobre la locura, y en las propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica, de su papel en la configuración de un pensamiento contracultural más general.

V-MATERIAL Y MÉTODO

MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

Nuestra referencia teórica fundamental es la que proporciona Nick Crossley.

Asumimos, con Crossley, que la antipsiquiatría surge inicialmente como corriente estrictamente interna, es decir, impulsada por un grupo de psiquiatras -no por los pacientes, ni por los psiquiatrizados, ni por personal del equipo terapéutico-

A diferencia de otros movimientos alternativos, surge en un periodo en el que la psiquiatría tiene como especialidad médica una posición hegemónica.

Crossley propone incluir la antipsiquiatría dentro de los nuevos movimientos sociales y evitar el criterio de demarcación anti. En este sentido, el movimiento antipsiquiátrico puede incluirse en los llamados “nuevos movimientos sociales”, entendidos como “campos de discordia” (fields of contention), con numerosos grupos o agentes en su interior y la existencia de múltiples contextos de lucha, demandas y reivindicaciones. El modelo de Crossley nos parece oportuno porque nos permite diferenciar distintos ámbitos de actuación de lo que, en el fondo, es y sigue siendo una forma de activismo sanitario.

Dadas las restricciones dentro del marco oficial de la psiquiatría, la expansión de las corrientes críticas se desarrolla en una doble dirección. Por un lado hacia un modelo alternativo

de asistencia comunitaria. Por el otro, promoviendo la divulgación de dicho modelo a través de un proceso informal de institucionalización en alianza con los activismos contraculturales de nueva izquierda.

Partiendo de este marco teórico, y de acuerdo con la propuesta de Crossley, nos proponemos investigar la recepción extraacadémica en los activismos de nueva izquierda: las publicaciones propias y las movilizaciones profesionales de primeros de los 70. Hemos recurrido para ello a dos estudios de caso. Por un lado, para analizar la recepción como un proceso interactivo entre los receptores de la corriente y los (anti)psiquiatras se ha optado por estudiar los contenidos de Ajoblanco.

Por el otro, analizaremos la movilización en las Clínicas de Ibiza de Madrid por entender que, aunque hubo otras muchas (Conxo, Oviedo, etc.), el caso resulta muy representativo por su repercusión mediática y sus consecuencias políticas, pudiéndose identificar como un movimiento social susceptible de ser estudiado, según propone McAdam, desde la trilogía de oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos culturales.

MATERIAL

Fuentes impresas

Los informes del Comité de Expertos de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos han permitido estudiar el modelo de reforma planteado a partir de la segunda postguerra mundial. Asimismo, la literatura profesional angloamericana de la primera y segunda guerra mundial (Salmon, Myers, Menninger, etc.) y, de manera particular, la obra de Maxwell Jones, para valorar la continuidad entre el modelo de la neurosis traumática y el modelo comunitario de la sociedad civil.

Con el fin de estudiar la recepción de la antipsiquiatría en el underground español se ha procedido al vacío sistemático de Ajoblanco, durante su primera época. Otras fuentes que han

servido como contrapunto o complemento han sido el dossier sobre antipsiquiatría de Ozono.

También El Viejo Topo que divulgó en nuestro país una revisión cultural de nueva izquierda sin participación de profesionales.

Para estudiar el impacto de la antipsiquiatría en la divulgación mediática de las movilizaciones profesionales se ha recurrido a la prensa diaria. Realizaremos un vaciado exhaustivo y sistemático de los periódicos ABC, Diario Madrid e Informaciones durante los meses que duró la protesta: agosto y septiembre de 1971. De la prensa publicada por el Régimen, revisaremos exhaustivamente Pueblo. Complementaremos las noticias de estos periódicos con las procedentes de los diarios Ya, Diario de Noticias y el Alcázar. Emplearemos La Vanguardia y puntualmente Tele-Express como testigo de las publicaciones regionales.

Fuentes orales

Con el objetivo de realizar una primera aproximación al tema comenzamos a entrevistar a varios de los psiquiatras que participaron activamente en las movilizaciones profesionales de principios de los 70. En esas conversaciones, que filmamos en formato documental, acabamos tratando con gran detalle una amplia variedad de temas. En las sucesivas entrevistas estos temas se fueron enriqueciendo y entrelazando hasta desbordar nuestros objetivos de investigación. Se transformaron en un proyecto autónomo y decidimos incorporarlas como fuentes orales. La transcripción de estas conversaciones forma la segunda parte de este trabajo.

Como decíamos, se trata de un proyecto filmado por lo que los autores sugerimos con empeño que se consulte el formato original.

VI- CONCLUSIONES:

1. Durante los años 50, el modelo de la neurosis traumática de posguerra se exporta a la sociedad civil. Normaliza los síntomas neuróticos e impulsa el tratamiento comunitario desde el prototipo

médico-pedagógico de Maxwell Jones.

2. Desde 1949, la transformación de la asistencia psiquiátrica es la prioridad del Comité de Expertos de Salud Mental de la OMS. El reconocimiento de la OMS de un vínculo entre predisposición e institución familiar separa las tareas y da forma al equipo médico-social que promociona la alternativa comunitaria de tratamiento.
3. A finales de los 60, la colaboración de los psiquiatras con antropólogos y sociólogos favorece la aparición de una corriente interna que desplaza la crítica institucional de posguerra a la familia y a la comunidad terapéutica. La antipsiquiatría se expande dentro del marco de los nuevos movimientos sociales. Esta red de consolidación suscita un interés mediático y un debate público que integra dentro de la psiquiatría las connotaciones positivas de la marginación de las contraculturas de nueva izquierda, pero que cuestiona también el modelo clínico de integración.
4. En España la recepción de las corrientes antipsiquiátricas responde a un proceso muy similar. Los dos estudios de caso a los que se ha recurrido lo confirman. En un medio periférico como Ajoblanco, el marco ácrata y underground fusionó la crítica tecnocrática con la emancipación personal. La promoción de un foro de afectados no se consolidó. En el caso del activismo sanitario de las Clínicas de Ibiza, en prensa se sensibiliza desde su papel de expertos. Dada la restricción de la política institucional, tal representación adquiere un cariz antiautoritario, lo que populariza el movimiento. En ambos casos, se modifica la sensibilidad cultural hacia el loco hacia el enfermo mental.
5. En cuanto a los contenidos profesionales, la recepción fue pasiva. La crítica se organiza contra el manicomio y la psiquiatría reaccionaria de las cátedras. Facilita la formación de redes informales de intercambio e incipientes proyectos alternativos. Se anticiparon algunas de las dificultades de los antipsiquiatras de las sociedades democráticas: el problema de la institucionalización o la competencia entre los diferentes paradigmas de integración.
6. A nivel sociocultural, observamos como la psiquiatría participó de la crítica política al

Régimen dentro de una compleja red de interacciones que reflejaron internamente las diferentes propuestas de cambio, entre ellas las de las contraculturas de nueva izquierda propias de los países democráticos.

Bibliografía:

- Crossley N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio–historical analysis. Soc Sci Med 1998 10/1; 47(7):877-889.
- Crossley N. Contesting Psychiatry: Social movements in mental health. London-New York: Routledge; 2006a.
- Donnelly N. The politics of mental health in Italy. London-New York: Routledge; 1992
- McAdam D. Movimientos sociales: perspectivas comparadas: oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos culturales. Madrid: Istmo; 1999.
- Szasz TS, The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York: Harper & Row Publishers, Inc.; 1961. Primera edición en castellano, Szasz TS, El mito de la enfermedad mental. 1a.ed., ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1973

ABSTRACT.

I. INTRODUCTION

In the early 1950s, the experiences of military psychiatrists with patients suffering shell shock after World War II changed the relationship between the environment and psychological symptoms as was posited by psychiatry. The fast recovery of war veterans in small treatment units suggested a new type of psychoneurotic disorder. The new disorder emerged under conditions of war and, as a result of its prompt disappearance, could not be incorporated into traditional classifications. The social as inevitable trigger and the symptom as temporary reaction were the keys to the opening of psychiatry to the environment.

Throughout the 1950s and 1960s, the questions that revolved around postwar reversible psychoneurotic states (i.e.: What kind of care do we need? How are we going to organise the provision of such care to prevent those conditions in the community?) were the focus of the reports of the Expert Committee on Mental Health of the World Health Organization (WHO). WHO's reports laid down a number of principles of prevention, research, instruction and care in which the dominant role played by psychiatrists and individual adaptation mechanisms underpinned the response to stressors of variable intensity. Thus a medical and psychological analysis of social processes was launched which brought about a shift towards the individual and his/her relationships in the study of community problems.

After this perspective became normalised, it coexisted during the 1960s with a different reading of the relationship between psychiatry and society which reversed the polarity of the hygienic integration of the 1950s.

In the decade after World War II, the ideal of progress and its positivistic model collapsed. Marx's socioeconomic concept of alienation was not enough to account for collective acceptance of and involvement in the conflict. As a result, both Europeans and North Americans undertook a

sociopsychological study of the irrationality of the masses.

French structuralism and the Frankfurt School performed the analysis in terms of repression. For the Chicago School, the focal point in the analysis was the impact of the institution on a deviant identity. It was the moral, legal and individual integration of the average man and mental illness that was being revisited.

Countercultural criticism was popularised in the mid-1960s. Collective projects and postmaterialistic values informed a number of groups with highly heterogeneous identities and high turnover. Their themes reflected the ethical concerns of the period: pacifism, environmentalism and marginalised sectors of society. The role of these groups was one of surveillance and criticism. They developed unconventional political tactics whose principles of action were reminiscent of guerrilla warfare rather than popular militias. Their expansion from the original nucleus depended on what sympathies their most stable members were able to mobilise. The key lied in their networks and alliances.

In the early 1960s, both the field work carried out by sociologists and countercultural revision brought the effects of this changing understanding to the medical community. Mental illness was integrated according to medical criteria, but any imbalances were explored in the course of the relationship between the doctor and the patient. Lastly, at the end of the decade, this analysis went beyond the hospital room and put forward the effects of the institutional integration of mental illness inside and outside of the medical community.

The medical conceptualisation of mental illness posed, according to Szasz, two problems: an interaction-related problem and a legal faux pas, i.e., deprivation of civil rights. Both lines of criticism in psychiatry were later reflected in democratic societies, which were undertaking their processes of community reform.

Thus a heterogeneous set of proposals intended to constitute an alternative to the postwar medical, individual and institutional model emerged and coexisted with, or was incorporated into,

psychiatry until the end of the 1960s. By gathering under the label of antipsychiatry, the interaction of the collective identities of these new proposals with ‘new social movements’ led to the radicalisation of their discourse, in a two-way confrontation with institutional psychiatry. This political reading (‘political’ because it contained the social change suggested by new movements) resulted in these critical schools of thought splitting up from psychiatry and conditioned their reception among professionals and out of academia. Consequently, and with certain exceptions like the French school, these schools of thought remained associated with the political and cultural criticism of the 1960s.

II. THE STATE OF THE ART

The interest in antipsychiatry can be identified mainly in the countries where it gestated, including the UK and Italy.

The historiographic literature on the reception of antipsychiatry in Spain is, however, very scarce. The debate on one or several discourses that were presented as alternatives to psychiatric care went beyond merely professional groups and resulted in the emergence of different demands and claims on different spheres. Medical doctors themselves organised to advocate changes in medical care and mobilised, making a great impact on the media and society. The reconstruction of these mobilisations and social dynamics remains to be done. In this connexion, we should mention Valentín Galván’s works, even if they refer to the reception of Michel Foucault among ‘progressive’ Spanish psychiatrists.

III. HYPOTHESIS

Throughout the 1970s, new antiauthoritarian trends were gradually introduced, not without some tension, into the opposition to Franco’s regime. Out of academia, the reception of antipsychiatry in Spain, as in other countries, was associated with imported countercultural practices and new-left activism. These brought institutional criticism that went beyond the consensus against the dictatorial

regime. The content base of traditional political opposition was expanded with new underground themes and the mobilisation of middle-class professionals. The reception of antipsychiatry out of academia took place on both spheres, each of which was under particular pressure. This contributed to renewed awareness of minorities in public opinion and among professionals, which paved the way to other models of professional and extraprofessional integration of madness.

IV. OBJECTIVES

General objective: To study the main characteristics of the reception of what was termed the antipsychiatry movement in Spain, distinguishing its actual influence on new discourses on madness, as well as on new proposals that called for changes in psychiatric care, from its role in the configuration of more general countercultural thinking.

V. MATERIALS AND METHOD

THEORETICAL FRAMEWORK AND METHODOLOGY

Our essential theoretical reference is that provided by Nick Crossley.

We assume, as Crossley does, that antipsychiatry initially emerged as a strictly internal trend, i.e., one that was promoted by a group of psychiatrists – not by patients, or by users movements, or by staff of treating teams.

Unlike other alternative movements, antipsychiatry emerged in a period in which psychiatry was in a dominant position as a medical specialty.

Crossley suggested that antipsychiatry be included among new social movements, avoiding the use of ‘anti-’ as labelling criterion. In this regard, the antipsychiatry movement can be included among what was called ‘new social movements’, understood as ‘fields of contention’, with many groups or agents inside them and multiple contexts of struggle, demands and claims. Crossley’s model is, we believe, very apt because it allows us to differentiate various fields of action from what

is and will still be, at the end of the day, a form of healthcare activism.

In view of the restrictions imposed within the official framework of psychiatry, the expansion of critical schools of thought took place in two directions: towards an alternative community care model, on the one hand, and towards the dissemination of this model through an informal institutionalisation process in partnership with new-left countercultural activisms.

On the basis of this theoretical framework, and following Crossley's proposal, we intend to explore the type of reception that was seen in new-left activisms out of academia, including their own publications and the mobilisation of professionals in the early 1970s. We have carried out two case studies to this end. First, in order to analyse the reception of antipsychiatry as an interactive process between the recipients of this school of thought and (anti)psychiatrists, we have chosen to study the contents of the magazine *Ajoblanco*.

Second, we will explore the mobilisations that took place in the Clínicas de Ibiza in Madrid. We understand that, although many other cases of mobilisation were seen (in Conxo, Oviedo, etc.), this is a highly representative one because of the media interest it generated as well as its political impact, and can be identified as a social movement that may be studied, as McAdam suggests, in the context of the triad of political opportunities, mobilising structures and cultural framings.

MATERIALS

Print sources

The reports of the Expert Committee on Mental Health of the World Health Organization (WHO) have allowed us to study the reform model put forward during the period that followed World War II. We have also drawn on Anglo-American professional literature from World Wars I and II (Salmon, Myers, Menninger and others), including particularly Maxwell Jones' work, to assess the continuity between the traumatic neurosis model and the community model of civil society.

For the purpose of exploring the reception of antipsychiatry in the Spanish underground

sphere, we have systematically screened the issues from the first period of *Ajoblanco*. Other sources that have been used as counterpoint or complement to the former are the dossier on antipsychiatry published in the magazine *Ozono*, as well as *El Viejo Topo*, which disseminated in our country a kind of new-left cultural revision without the involvement of professionals.

To study the impact of antipsychiatry on the media coverage of professional mobilisations, we have drawn on the daily press. We will present a comprehensive, systematic screening of the newspapers *ABC*, *Diario Madrid* and *Informaciones* for the months that correspond to the duration of the demonstrations, i.e., August and September 1971. Among the press published by the Francoist regime, we will review *Pueblo* in depth. We will complement the news in these periodicals with those from the newspapers *Ya*, *Diario de Noticias* and *El Alcázar*. We will use *La Vanguardia* and, more sporadically, *Tele/eXpres* as witnesses from the field of regional publications.

Oral sources

As part of an initial approach to the issue, we undertook a series of interviews with some of the psychiatrists who became actively involved in the professional mobilisations of the early 1970s. In the course of those conversations, which we recorded in a documentary format, we ended up discussing a vast variety of topics in great detail. In subsequent interviews, these topics were enriched and intertwined to the point that they exceeded our research objectives. They became an independent project and we decided to incorporate them into our work as oral sources. The transcription of these conversations makes up the second part of this work.

As we said above, this is a filmed project. Accordingly, the authors strongly suggest that the reader refer to the original format.

VI. CONCLUSIONS

1. The postwar traumatic neurosis model was exported to civil society during the 1950s. This model normalised neurotic symptoms and helped to promote the implementation of community treatment based on Maxwell Jones' medical and pedagogical prototype.
2. Transforming psychiatric care became a priority for WHO's Expert Committee on Mental Health on 1949. WHO's recognition of a link between a predisposition and the family institution led to a separation of tasks and shaped the medical and social teams that promoted alternative community treatment.
3. In the late 1960s, the collaboration of psychiatrists with anthropologists and sociologists contributed to the emergence of an internal trend that switched postwar criticism of the institution to family and the medical community. Antipsychiatry expanded within the framework of new social movements. This consolidation network generated media attention and a public debate that led to the integration of the positive connotations of the marginalisation of new-left countercultures into psychiatry, while questioning the clinical integration model at the same time.
4. The reception of antipsychiatry trends in Spain followed a very similar process. The two case studies we have used here confirm this. In the case of such a peripheral outlet as Ajoblanco Magazine, criticism of technocracy merged with personal emancipation in an anarchist underground framework. The initiative to promote a forum for affected people was eventually not consolidated. With regard to Clínicas de Ibiza, the press portrayed their healthcare activism in connexion with their role as experts. In view of the restrictive institutional policies, such portrayal was informed by a certain antiauthoritarianism, as a result of which the movement became more popular. In both cases, a change was seen in cultural sensitivity which placed the focus on the mad or mentally ill person.
5. With regard to professional contents, the reception of these was a passive one. Critics organised against mental hospitals and the reactionary psychiatry of academic professors. This criticism contributed to the creation of informal exchange networks and incipient alternative projects. Some of

the difficulties of antipsychiatrists in democratic societies were anticipated, including the problem of institutionalisation or the competition among different integration paradigms.

6. At a sociocultural level, psychiatry was seen to share the political criticism of the Francoist regime in the framework of a complex network of interactions that reflected the different proposals for change internally, including new-left countercultures typical of democratic countries.

Bibliography:

- Crossley N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. *Soc Sci Med* 1998 10/1;47(7):877-889.
- Crossley N. *Contesting psychiatry: social movements in mental health*. London/New York: Routledge; 2006a.
- Donnelly N. *The politics of mental health in Italy*. London/New York: Routledge; 1992.
- McAdam D. *Movimientos sociales: perspectivas comparadas: oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos culturales*. Madrid: Istmo; 1999.
- Szasz T. S. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row Publishers, Inc.; 1961. First edition in Spanish, Szasz T. S. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.

I. INTRODUCCIÓN

A principios de los 50, la experiencia de los psiquiatras militares con el shell-shock tras la segunda guerra mundial¹, cambia dentro de la psiquiatría la relación entre entorno y síntomas mentales². La rápida recuperación de los veteranos de guerra en pequeñas unidades de tratamiento hace pensar en un nuevo tipo de trastorno de carácter psiconeurótico³. Este nuevo trastorno aparece en condiciones de guerra y por su veloz desaparición no puede ser integrado desde las clasificaciones tradicionales. Lo social como desencadenante inevitable y el síntoma como reacción temporal son las claves de esta apertura de la psiquiatría al medio⁴.

El primer manual de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en el año 52, integra esta relación entre entorno y síntoma mental alrededor de la capacidad de afrontamiento del hombre normal⁵. La articulación recibe el nombre de trastornos de la personalidad situacionales transitorios, categoría diagnóstica cuyas divisiones siguen el mismo criterio. En la reacción intensa a estrés, la respuesta habitual⁶, sea neurótica o psicótica, permite un vínculo directo entre el estresor

1 Jones M. Community Care for Chronic Mental Patients: The Need for a Reassessment. *Psychiatric Services*. 1975;26(2):94-98.

2 Grob G. *From asylum to community*. 1ed. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991.

Donnelly M. *The politics of mental health in Italy*. 1ªed. London: Routledge; 1992.

Scully A. *Madness in civilization. A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2015.

3 Maxwell J, Tanner JM. The clinical characteristics, treatment, and rehabilitation of repatriated prisoners of war with neurosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1948 Feb; 11(1): 53–60

4 *"The Armed Forces faced an increasing psychiatric case load as mobilization and the war went on. There was need to account accurately for all causes of morbidity, hence the need for a suitable diagnosis for every case seen by the psychiatrist, a situation not faced in civilian life. Only about 10% of the total cases seen fell into any of the categories ordinarily seen in public mental hospitals (...) Relatively minor personality disturbances, which became of importance only in the military setting, had to be classified as 'Psychopathic Personality.' (...) The 'psychoneurotic label' had to be applied to men reacting briefly with neurotic symptoms to considerable stress; individuals who, as subsequent studies have shown, were not ordinarily psychoneurotic in the usual meaning of the term. No provision existed for diagnosing psychological reactions to the stress of combat, and terms had to be invented to meet this need. The official system of nomenclature rapidly became untenable (...) In 1948, a revised International Statistical Classification was adopted, and categorized mental disorders in rubrics similar to those of the Armed Forces nomenclature"*. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952. p. VI.

5 *"The degree of stress must be evaluated in terms of its effect on the 'average man' of the society from which the patient comes. It must not be presumed that a particular environmental stress is severe because of one or even several individuals reacting poorly to it, since these individuals may have had poor resistance to that particular stress. ... M-I, Op. Cit. p. 47.*

6 Son situaciones catastróficas: *"(1) combat or (2)civilian catastrophe. (fi e, earthquake, explosion, etc.). In many instances this diagnosis applies to previously more or less 'normal' persons who have experienced intolerable stress. Severe stress is such that the average individual when exposed to it could be expected to develop psychiatric*

y los síntomas mentales, *“The symptoms are the immediate means used by the individual in his struggle to adjust to an overwhelming situation”*⁷.

En las reacciones de adaptación, la situación se define desde las etapas de la vida e implica a las personas significativas de la infancia, a los hábitos incómodos de la niñez, a los esfuerzos de emancipación del adolescente, a los problemas laborales del adulto y a la fragilidad de la vejez⁸. El desarrollo normal del hombre psicobiológico matiza aquí el grado de autonomía de la situación, aunque el carácter temporal de la reacción sigue siendo el criterio de inclusión dentro de la categoría⁹. Si la expresión sintomática permanece en el tiempo, pasa a explicar una predisposición individual de la que puede dar cuenta la dicotomía endógeno/reacción¹⁰. Con la definición de estresor precipitante en los requerimientos especiales del manual, esta situación en continua interacción con el hombre medio permite hablar de etiología, diagnóstico, plasticidad y pronóstico. Las dificultades posteriores del esquema del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, la sociogénesis del trastorno, la relación entre el sujeto y su medio y la función social e individual de la respuesta adaptativa, quedan en suspenso sobre el carácter transitorio de la reacción y su alternativa, el individuo predispuesto.

Reconocida la importancia de la respuesta de adaptación, se institucionaliza el programa de tratamiento. Es necesario intervenir en el espacio asistencial y trabajar sobre las historias pasadas, que continúan todavía marcando el ritmo de nuestros automatismos psicológicos. El carácter modulable del automatismo o de la predisposición justifica tanto un cambio en el entorno como una intervención psicoterapéutica intensiva. Al modelo comunitario y grupal de Maxwell Jones se une el

symptoms.” DSM-I, op. cit., p. 40

7 Idem.

8 “In the presence of good adaptive capacity, recession of symptoms generally occurs when the situational stress diminishes. Persistent failure to resolve will indicate a more severe underlying disturbance and will be classified elsewhere.” Idem.

9 “Mild stress is such that the average individual could be exposed to it without developing psychiatric symptoms.” DSM-I, Op. Cit., p. 48

10 “When promptly and adequately treated, the condition may clear rapidly. It is also possible that the condition may progress to one of the neurotic reactions.” (Gross stress reaction, DSM-I, Op. Cit., p. 40). “If untreated or not relieved such reactions may, in some instances, progress into typical psychoneurotic reactions or personality disorders. Adult situational reaction”. (Adult situational reaction, DSM-I, Op. Cit., p. 41).

trabajo psicoterapéutico del Saint-Alban de Tosquelles, de la Tavistock clinic o del Chestnut Lodge de Fromm-Reichmann. Frente al modelo custodial de las instituciones mentales civiles, la interpretación del afrontamiento actual en términos de hospitalismo y bajo pautas de interacción antiguas materializa la modificación del modelo asilar de tratamiento¹¹. La proyección hacia el futuro de este modelo va a facilitar además un modelo preventivo de intervención social focalizado en las relaciones tempranas¹²

A lo largo de las décadas de los 50 y 60 las preguntas que llevan a los estados psiconeuróticos reversibles de posguerra -¿qué tipo de asistencia necesitamos?, ¿cómo la vamos a organizar y prevenir en la comunidad?- centran los informes del Comité de Expertos de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los informes de las OMS establecen principios de prevención, investigación, instrucción y asistencia en los que la primacía de los psiquiatras y los mecanismos individuales de adaptación sostienen la respuesta ante estresores de intensidad variable. Se inicia así un análisis médico-psicológico de los procesos sociales que va a desplazar sobre el individuo y sus relaciones el estudio de los problemas comunitarios.

La recodificación de la fatiga de combate de la segunda guerra mundial se detiene en la reacción del entorno ante la enfermedad e implica a los sistemas al uso de socialización: familia, educadores y comunidades religiosas, responsables en último término de la rigidez de adaptación del individuo predispuesto.

Esta normalización bajo parámetros de crianza, relaciones de proximidad, actitudes, naturalizaciones epidemiológicas, predisposiciones psicológicas y trastorno mental que los informes de la OMS comparten con el primer DSM, coexiste durante los 60 con una lectura distinta de la relación entre psiquiatría y sociedad que invierta la polaridad de la integración higienista de los 50.

Durante la década posterior a la segunda guerra mundial, comienza fuera de la psiquiatría

11 *“A high percentage of psychiatrists contacted felt that change in the nomenclature was urgently needed, with special attention to the areas of personality disorders and transient reactions to special stress. The need for change seemed to be felt more strongly by those in clinic and private practice than by those in mental hospital or institutional work. However, a considerable proportion of mental hospital staffs urged change; this was especially true where outpatient clinics had been established in connection with the hospitals”.* DSM-I, Op. Cit., p. VIII.

12 El modelo es pedagógico y dirigido a profesionales. Bowlby, J. Los cuidados maternos y la salud mental. Washington: Organización Mundial de la Salud, Series de monografías n° 2; 1954

un proceso de revisión de las sociedades industriales contemporáneas, crítica que acabará en un cuestionamiento de los efectos en la identidad de la comunidad, lo que incluye a las comunidades terapéuticas. Ni nuestra modernidad ni sus atentos procesos de socialización han sido capaces de evitar la última gran guerra, con sus campos de concentración y sus totalitarismos. Lo que la guerra nos devuelve no son las relaciones armónicas de la OMS. El pensamiento posterior al conflicto bélico gira en torno a la complejidad del proceso de destrucción en cadena que se puso en marcha con la contienda. Queda roto el ideal de progreso y su modelo positivista. La participación colectiva en la brutalidad del conflicto requiere de una explicación que permita entender el condicionamiento de la acción y el grado posible de emancipación del sujeto. El concepto socioeconómico de alienación marxista es insuficiente para dar cuenta del acatamiento y de la participación colectiva en el conflicto. Europeos y norteamericanos comienzan un análisis sociopsicológico de la irracionalidad de las masas.

El estructuralismo francés y la escuela de Frankfurt descodifican el determinismo superyoico para explicar las inercias colectivas. Detrás de los dispositivos conceptuales, pulsionales, de dominación o del hombre unidimensional lo que encontramos una y otra vez es la lógica deshumanizada y fabril que echa sus raíces en el interior de las personas. La antesala del cambio político y cultural es la liberación de nuestra identidad, proceso arduo y difícil en la medida en que tanto nuestra inteligencia como nuestras pulsiones sufren grados distintos de objetivación. En la escuela de Chicago el eje es el tratamiento de la identidad desviada. Estudian las rutinas e interacciones silenciosas que moldean la categoría en las comunidades destinadas a definir, clasificar y modificar tales identidades. La psiquiatría y el hospital mental se transforman en espacio de estudio de las inercias y de las relaciones que facilitan la asimilación y las resistencias de una identidad predefinida. El síndrome es en parte la expresión de esas dinámicas. A través del análisis etnográfico las inercias patológicas de las lógicas institucionales entrarán tímidamente en las comunidades terapéuticas de posguerra, mediada la década de los 50¹³.

13 Varela J, Alvarez Uría F. Sujetos frágiles. 1ª ed. Madrid: Fondo de Cultura Económica, Sucursal España; 1989.

Dentro de la psiquiatría, las preguntas comienzan allí donde se planteó el modelo comunitario de tratamiento¹⁴ y se definió la unidad psiquiátrica como una versión armónica de la comunidad ordinaria¹⁵. La interpretación del entorno en clave de hombre medio, trastorno y predisposición individual del reformismo de posguerra se confronta con otra lectura que pone el peso “*en los procesos sociales, pero sin descuidar por completo los aspectos individuales. Lemert, Erickson y Goffman entre los sociólogos, Laing y Esterson entre los psiquiatras realizan considerables aportes en tal sentido*”¹⁶. Aunque el análisis de la institución se realiza dentro del esquema de la enfermedad mental y de la ruptura del aislamiento manicomial, cuestiona dentro de la sala la primacía del psiquiatra. Lo que se replantea es la integración moral, jurídica e individual del hombre medio y de la enfermedad mental.

Durante los años 60, la duda sobre las bondades de la civilización ha desbordado los ambientes especializados. De Marcuse a Goffman la crítica de la modernidad afirmó la resistencia del hombre medio frente a la producción de las ideologías sobre el sujeto.

La crítica sociocultural se populariza entre los sectores desmercantilizados de clase media. El entramado social y el régimen productivo regulan la expresión individual a través de dispositivos represivos y productivos. En las sociedades industriales avanzadas se quebranta el consenso tecnocrático. El autómatas como producto estructural se confronta con valores como el autoconocimiento, la responsabilidad o la autonomía. La autogestión, la asamblea, la comuna y la ocupación son los principios de organización de un estilo de comunidad indisociable de la subversión de las mentalidades.

14 Taxel H. Authority structure in a mental hospital ward. 1ª ed. Chicago; 1953. Jones M Rapoport R. Administrative and social psychiatry. The Lancet. 1955;266(6886):386-388. Jones M. Social psychiatry in the community, in hospitals, and in prisons. 1ª ed. Springfield, Ill: Thomas; 1962. Bruhn J. An operational approach to the sick-role concept. Br J Med Psychol. 1962;35:289-98.

15 “The orientation of those using the therapeutic community concept is usually toward active rehabilitation of patients through making hospitals miniature replicas of ordinary society and bringing to ordinary society the principles of therapeutic social relationships that could reduce stresses precipitating mental illness”. Koltes Jones M. A type of therapeutic community. Psychiatric Services. 1957;8(3):16-19. p. 16.

16 Scheff TJ. El rol del enfermo mental. Buenos Aires : Amorrortu,; 1973. Primera edición en Ingles: Scheff T. Being mentally ill. 1ª ed. Chicago: Aldine Pub. Co.; 1966.

Las formas de vida contraculturales eclosionan en Norteamérica y en Europa Occidental a mediados de los 60. Los proyectos colectivos y los valores posmaterialistas articulan agrupaciones con identidades muy heterogéneas y con un alto nivel de recambio. Sus temas reflejan las preocupaciones éticas de la crítica cultural de posguerra: pacifismo, ambientalismo y sectores marginales¹⁷. Estos nuevos movimientos sociales¹⁸ ejercen una función de vigilancia y de crítica. Desarrollan tácticas políticas no convencionales¹⁹ cuyos principios de acción recuerdan más a la guerra de guerrillas²⁰ que a las milicias populares. La expansión desde el núcleo original depende de las simpatías movilizadas por sus miembros más estables. La clave son sus redes y alianzas, pero por esa misma razón precisan de una identidad colectiva flexible, capaz de asumir las modificaciones de otros grupos de presión que faciliten su expansión. Durante el periodo que nos ocupa las contraculturas de nueva izquierda mantuvieron un límite en apariencia muy claro: la represión institucional. Salvo excepciones, su expansión dependió de la capacidad de movilizar a otros grupos según afinidad y de su capacidad de atraer la atención de los diferentes medios de comunicación u organizar los suyos propios.

En suma, el grado máximo de confluencia se produce ante la evidencia del carácter disciplinario de las sociedades avanzadas. En ese sentido, los derechos constitucionales, en tanto criterio consensuado, constituyen la línea de demarcación. Se populariza desde aquí un cambio en la imagen cultural del marginado.

A principios de los 60, el trabajo de campo de los sociólogos y la revisión contracultural introducen dentro de la comunidad terapéutica los efectos de este cambio de sensibilidad. La enfermedad mental se integra conforme a criterios médicos, pero, a un nivel asistencial, se analizan los desequilibrios en la relación entre el médico y paciente y las formas simbólicas de autoridad²¹.

17 Duran Muñoz R. La literatura sobre los nuevos movimientos sociales. Una revisión. Revista de estudios políticos. Nº 89, Julio- septiembre 1995.

18 Dalton RJ,. Los nuevos movimientos sociales: un reto al orden político. Valencia : Edicions Alfons el Magnànim; 1992.

19 Pérez Ledesma M. Nuevos y viejos movimientos sociales. En: Molinero C. La transición treinta años después. Barcelona: Península; 2006.

20 Lawrence TH. Guerrilla. Madrid,: Acuarela libros; Junio, 2004

21 Stanton A.H., Schwartz M. S. The mental hospital: a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment. New York: Basic Books Publ.; 1954.

Finalmente, a finales de la década, la pregunta desborda la sala del hospital y plantea los efectos de la integración institucional de la enfermedad dentro y fuera de la comunidad terapéutica.

Así lo contaba en el año 71 el psiquiatra norteamericano Thomas Szas:

“He citado las opiniones de los propagandistas de la psiquiatría comunitaria (...) Su objetivo principal parece ser la difusión de una ética colectiva de la salud mental, a manera de una religión secular”²².

Para Szas, las comunidades terapéuticas de posguerra impulsan la expansión de la psiquiatría a costa de interpretar dentro de su sistema médico y moral las diferencias personales y los acontecimientos de la vida.

En 1961, analizó el concepto de enfermedad mental que consideró innecesario y equívoco. El rótulo etiquetaba un apartamiento de la norma con respecto a un patrón psicosocial para el que no existía ningún correlato médico. Se clasifica como enfermedad un problema de la vida debido a una valoración ética y a un problema de comunicación:

“Al ignorar los problemas morales y los patrones normativos -como metas y reglas de conducta establecidas en forma explícita- las teorías psiquiátricas separaron aún más la psiquiatría de esa realidad que trataban precisamente de describir y explicar. Me esforcé por corregir esta deficiencia por medio de una teoría de los juegos aplicada a la vida humana, que permita conciliar los argumentos éticos, políticos, religiosos y sociales con los intereses más tradicionales de la medicina y la psiquiatría”²³.

En la conceptualización médica de la enfermedad habría dos problemas. Por un lado se trata de un problema de interacción y por el otro, de un desliz jurídico, una privación de derechos civiles. El trastorno ofrece protección a cambio de libertades. Ambas líneas de la crítica psiquiátrica van a reflejarse en las sociedades democráticas que comienzan sus procesos de reforma comunitaria

En Europa surgen así un conjunto heterogéneo de propuestas alternativas al modelo médico, individual e institucional de posguerra que conviven o se incluyen dentro de la psiquiatría hasta finales de la década de los 60. Al agruparse como antipsiquiátricos, la interacción de sus identidades

22 Szas T. Ideology and insanity. 1ª ed. Garden City, N.Y.: Anchor Books; 1970. Szas TS. Ideología y Enfermedad Mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.

23 Szas T. The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York: Harper & Row Publishers, Inc.; 1961. Primera edición en castellano: Szasz T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.

colectivas con los “nuevos movimientos sociales” radicaliza su discurso en una confrontación de ida y vuelta con la psiquiatría institucional. Allí donde la crítica de la reforma asumió el prefijo anti, escribió una distopía moral sobre la función de integración de la psiquiatría clínica. La transgresión sustituyó a la adaptación. La responsabilidad a la tutela. Esta lectura política, política en la medida en que recoge el cambio social que proponen los nuevos movimientos, va a condicionar su separación de la psiquiatría así como la recepción profesional y extra-académica de las corrientes críticas que, salvo excepciones como la francesa, quedará vinculada a la crítica política y cultural de los 60.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El movimiento antipsiquiátrico ha sido objeto de minuciosos estudios históricos y sociológicos, de los que solo destacaremos algunos de los más relevantes. El interés por la antipsiquiatría se puede identificar sobre todo en los países donde tuvo lugar su gestación, como Reino Unido²⁴ e Italia²⁵, y en otros donde se produjo una recepción y reelaboración significativa de sus principios y propuestas, como Francia²⁶ o Estados Unidos²⁷. También en Iberoamérica han empezado a aparecer, más recientemente, trabajos similares²⁸.

Sin embargo, la historiografía sobre la recepción de la antipsiquiatría en España es muy escasa. A finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, se publicaron en España un número muy importante de libros y artículos de contenido “antipsiquiátrico” en sentido amplio. El debate sobre uno o varios discursos alternativos a la asistencia psiquiátrica trascendió de los círculos meramente profesionales, pudiéndose distinguir varios contextos de demandas y reivindicaciones. Por un lado, los propios facultativos y trabajadores psiquiátricos, al menos los más implicados en el cambio social y político, se organizaron propugnando cambios asistenciales y desarrollando movilizaciones y encierros en instituciones psiquiátricas de gran repercusión mediática y social. La reconstrucción de dichas movilizaciones y dinámicas sociales está por hacer, pues, salvo alguna investigación interesante pero muy concreta, como la dedicada al hospital de Bétera²⁹, las únicas referencias con cierta perspectiva “histórica” con las que contamos han sido elaboradas por sus propios protagonistas, a veces con puntos de vista diferentes³⁰.

24 Crossley N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. *Soc Sci Med* 1998 10/1;47(7):877-889.

25 Donnelly N. The politics of mental health in Italy. London: Routledge; 1992

26 Postel, J. y Allen, D. History and Anti-Psychiatry in France. En Micale, M. and Porter, R. (eds.). *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press:New York/Oxford; 1994, pág. 384-414.

27 Dain N. (1994), *Psychiatry and Anti-Psychiatry in the United States*. En Micale, M. and Porter, R. (eds.) *Discovering the History of Psychiatry*, New York/Oxford, Oxford University Press, pp. 415-444.

28 Carpintero E y Vainer A. Las huellas de la memoria. *Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Topía; 2004. También Morales F.J. La recepción de la antipsiquiatría en México entre las décadas de 1970 y 80. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2012 15 (31), 48-58.

29 Polo C. *Crónica de un manicomio. Prensa, locura y sociedad*. Madrid:AEN; 1999.

30 García R. *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona:Virus; 1995; González Chávez, M. *La generación de la democracia. De la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Frenia; 2003, 3(1): 87

Cabe señalar, finalmente, los trabajos de Valentín Galván. Aunque se refieren a la recepción de Michel Foucault entre los psiquiatras “progresistas” españoles, sus aportaciones nos han resultado especialmente útiles³¹. Más tarde este autor completaría sus investigaciones con dos libros importantes sobre la recepción de Foucault en el ámbito nacional³² y en el internacional³³. Todas estas lecturas previas nos han permitido identificar una serie de problemáticas generales a la vez que establecer la existencia de un estado de la cuestión más bien discreto en nuestro medio, lo que nos induce a plantear la siguiente hipótesis y objetivos.

Rendueles G. De la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En Aparicio, V. (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría española*. Madrid: Ela-Arán; 1997, pág. 287-309.

31 Galván V. La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2009, vol. XXIX, n.º 104, pp. 485-500. V

32 Galván V. *De vagos y maleantes. Michael Foucault en España*. Barcelona: Virus editorial; 2010.

33 Galván V. *El evangelio del diablo*. Biblioteca Nueva, 2013.

III. HIPÓTESIS.

A lo largo de la década de los 70, las nuevas corrientes antiautoritarias se van introduciendo, no sin tensiones, dentro de la oposición al Régimen de Franco. La recepción extraacadémica de la antipsiquiatría, como en otros países, se asocia en España a las prácticas contraculturales importadas y al activismo de nueva izquierda. Introducen una crítica institucional que sobrepasa el consenso contra el régimen dictatorial. La base de contenidos de la oposición política tradicional se amplía con las nuevas temáticas *underground* y las movilizaciones profesionales de la clase media. La recepción extraacadémica de la antipsiquiatría se produce en ambos circuitos, cada uno sometido a sus propias presiones, lo que contribuyó a una nueva sensibilidad de la opinión pública y de los profesionales hacia las minorías, facilitando otros modelos de integración profesional y extraprofesional de la locura.

IV. OBJETIVOS.

IV.1. OBJETIVO GENERAL

Estudiar las principales características de la recepción en España del llamado movimiento antipsiquiátrico, distinguiendo su influencia real en los nuevos discursos sobre la locura, y en las propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica, de su papel en la configuración de un pensamiento contracultural más general.

IV.2. OBJETIVOS PARCIALES

1. Estudiar la relación entre el nacimiento de la corriente antipsiquiátrica y el modelo de reforma comunitario de posguerra.
2. Estudiar la influencia de la antipsiquiatría en los discursos que los psiquiatras divulgaron a la opinión pública durante el tardofranquismo.
3. Estudiar el impacto de la antipsiquiatría en el ámbito profesional de los psiquiatras dentro de los medios de divulgación extraacadémicos.
4. Estudiar en nuestro país las interacciones entre las contraculturas de nueva izquierda y la antipsiquiatría.
5. Estudiar las continuidades entre el modelo reformista y la antipsiquiatría en la divulgación a la opinión pública.

V. MATERIAL Y MÉTODO

V.1. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

Dada la evolución de los contenidos del movimiento antipsiquiátrico y su compleja red de relaciones, bajo el paraguas de la antipsiquiatría ha buscado amparo cualquier corriente crítica con la prevención comunitaria o con la enfermedad mental y su balance individual. En este cajón de sastre caben desde alternativas éticas de integración como la propuesta de la *cienciología*³⁴ a *La gestión de los riesgos* de Castel³⁵, incluyendo algunas de las formas terapéuticas estetizantes que este último denostaba. Con todo, nuestra referencia teórica fundamental es la que proporciona Nick Crossley, al plantear que la relación de oposición entre antipsiquiatría y la psiquiatría fue alentada por la crítica cultural de los 60 que radicalizó la separación y marcó un criterio muy rígido y excluyente de demarcación.

Asumimos, con Crossley³⁶, que la antipsiquiatría surge inicialmente como corriente estrictamente interna, es decir, impulsada por un grupo de psiquiatras -no por los pacientes, ni por los psiquiatrizados en lucha³⁷, ni por personal del equipo terapéutico-

Cronológicamente, la corriente se consolidó dentro de la psiquiatría hasta la publicación de *The Politics of Experience and The Bird of Paradise* en 1967³⁸. Entre ese año y 1978, fecha de la aprobación de la ley 180 en Italia, las corrientes antipsiquiátricas se mantienen *a la contra* de los foros oficiales en los que se implanta o se discute, según regiones, pero de manera global, la reforma de la asistencia.

A diferencia de otros movimientos alternativos, surge en un periodo en el que la psiquiatría tiene como especialidad médica una posición hegemónica y está inmersa en un proceso de

34 Crossley N. RD Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 7, pp. 877-889, 1998.

35 Castel R. La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama, 1984.

36 Crossley N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. Soc Sci Med 1998 10/1;47(7):877-889.

37 Chamberlin J. On our own: patient controlled alternatives to the mental health system, NYC: Macgraw; 1978.

38 Kotowicz Z, Op. Cit. Crossley N, Op. Cit.

negociación institucional con el resto de especialidades. El modelo de reforma angloamericano tiene ya un carácter dominante.

Crossley propone incluir la antipsiquiatría dentro de los nuevos movimientos sociales y evitar el criterio de demarcación anti. Dicha comprensión explica la antipsiquiatría más como un activismo y una práctica que como una corriente estática. Asume además las alianzas e interacciones que modificaron, dificultaron o facilitaron la expansión del movimiento desde su núcleo original. En este sentido, el movimiento antipsiquiátrico puede incluirse en los llamados “nuevos movimientos sociales”³⁹, entendidos como “campos de discordia” (*fields of contention*), con numerosos grupos o agentes en su interior y la existencia de múltiples contextos de lucha, demandas y reivindicaciones⁴⁰. En nuestro medio no contamos con análisis históricos o desde las ciencias sociales que ofrezcan una visión rigurosa de las distintas facetas y desarrollos de la antipsiquiatría en España. El modelo de Crossley nos parece oportuno porque nos permite diferenciar distintos ámbitos de actuación de lo que, en el fondo, es y sigue siendo una forma de activismo sanitario⁴¹.

Dadas las restricciones dentro del marco oficial de la psiquiatría, la expansión de las corrientes críticas se desarrolla en una doble dirección. Por un lado, hacia un modelo alternativo de asistencia comunitaria. Por el otro, promoviendo la divulgación de dicho modelo a través de un proceso informal de institucionalización en alianza con los activismos contraculturales de nueva izquierda con los que comparte producción literaria, encuentros y movilizaciones de denuncia.

Partiendo de este marco teórico, y de acuerdo con la propuesta de Crossley, nos proponemos investigar la recepción extraacadémica en los activismos de nueva izquierda: las publicaciones propias y las movilizaciones profesionales de primeros de los 70. Hemos recurrido para ello a dos estudios de caso. Por un lado, para analizar la recepción y la divulgación de la antipsiquiatría como un proceso interactivo entre los receptores de la corriente y los antipsiquiatras, con sus confluencias

39 Crossley N. *Contesting Psychiatry: Social movements in mental health*. London-New York: Routledge; 2006a.

40 Crossley N. The field of psychiatric contention in the UK, 1960–2000. *Social Science and Medicine*; 2006b, 62, 552–563.

41 Laverack G. *Health Activism: Foundations and Strategies*. London: Sage Publications. 2013

y sus fricciones, se ha optado por estudiar los contenidos de *Ajoblanco*. Además de la difusión de las teorías y de las prácticas de nueva izquierda que procedían del exterior del país, la revista promovió la formación de colectivos que redactaron y elaboraron sus propias experiencias. Por tanto, funcionó también como foro activo de difusión y debate antipsiquiátrico.

Por el otro, analizaremos la movilización en las Clínicas de Ibiza de Madrid por entender que, aunque hubo otras muchas (Conxo, Oviedo, etc.), el caso resulta muy representativo por su repercusión mediática y sus consecuencias políticas, pudiéndose identificar como un movimiento social susceptible de ser estudiado, según propone McAdam, desde la trilogía de oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos culturales⁴²

V.2.MATERIAL

V.2.1. Fuentes impresas.

Las fuentes impresas fundamentales utilizadas en esta investigación han sido, en primer lugar los informes del Comité de Expertos de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que nos han permitido estudiar el modelo de reforma planteado a partir de la segunda posguerra mundial. Asimismo, la literatura profesional angloamericana de la primera y segunda guerra mundial (Salmon, Myers, Menninger, etc.) y, de manera particular, la obra de Maxwell Jones, para valorar la continuidad entre el modelo de la neurosis traumática y el modelo comunitario de la sociedad civil.

Con el fin de estudiar la recepción de la antipsiquiatría en el *underground* español se ha procedido al vacío sistemático de *Ajoblanco*, durante su primera época, entre octubre de 1974 y mayo de 1980 incluido el número extra dedicado a la antipsiquiatría en marzo del 78. Otras fuentes que han servido como contrapunto o complemento a los contenidos analizados de *Ajoblanco* han sido el dossier que *Ozono*, revista contracultural madrileña, dedicó a la antipsiquiatría en abril de 1978.

42 McAdam D. Movimientos sociales: perspectivas comparadas: oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos culturales. Madrid : Istmo; 1999.

También *El Viejo Topo*, editada entre 1976 y 1982, que divulgó en nuestro país una revisión cultural de nueva izquierda sin participación de profesionales.

Para estudiar el impacto de la antipsiquiatría en la divulgación mediática de las movilizaciones profesionales se ha recurrido a la prensa diaria. Con el fin de evitar los sesgos debido a las líneas editoriales o a cualquier otro factor, realizaremos un vaciado exhaustivo y sistemático de los periódicos *ABC*, *Diario Madrid e Informaciones* durante los meses que duró la protesta: agosto y septiembre de 1971. De la prensa publicada por el Régimen, revisaremos exhaustivamente *Pueblo*, cuya difusión diaria de ejemplares alcanzó un número similar al de *ABC*. Complementaremos las noticias de estos periódicos con las procedentes de los diarios *Ya*, *Diario de Noticias y el Alcázar*. Emplearemos *La Vanguardia* y puntualmente *Tele-Express* como testigo de las publicaciones regionales.

V. 2.2. Fuentes orales.

Con el objetivo de realizar una primera aproximación al tema comenzamos a entrevistar a varios de los psiquiatras que participaron activamente en las movilizaciones profesionales de principios de los 70. En esas conversaciones, que filmamos en formato documental, acabamos tratando con gran detalle una amplia variedad de temas. En las sucesivas entrevistas estos temas se fueron enriqueciendo y entrelazando hasta desbordar nuestros objetivos de investigación. Se transformaron en un proyecto autónomo y decidimos incorporarlas como fuentes orales. La transcripción de estas conversaciones forma la segunda parte de este trabajo.

Como decíamos, se trata de un proyecto filmado por lo que los autores sugerimos con empeño que se consulte el formato original que, insistimos, suma pausas, cadencia y mímica al texto escrito. Con este fin hemos depositado las entrevistas en la red. Cada una de sus encabezados se sigue de un enlace a la página web *vimeo* junto con su correspondiente contraseña para poder verlas *online* directamente. Para evitar problemas con el formato, este trabajo incluye los DVD con el mismo material.

Decíamos que las entrevistas sobrepasaron nuestros objetivos, no obstante, solo con un carácter informativo, hemos conservado de manera muy puntual su función inicial informativa y siempre como apoyo a otras referencias. En cualquier caso, queremos dejar constancia de la deuda que mantiene con ellas el planteamiento general de este estudio.

En cuanto a las personas con las que hablamos, situamos un primer punto de corte por encima de los 65 años. Queríamos entrevistar solo a psiquiatras ya retirados, sin relación actual con los servicios públicos de Salud Mental. Entendimos que tal circunstancia facilitaría una conversación más desapegada sobre las movilizaciones profesionales y los derroteros posteriores de la reforma. Junto con su disponibilidad, nos guió el objetivo de conseguir la máxima representación de las opciones ideológicas conectadas con el movimiento profesional de los 70.

Comenzamos a entrevistar a aquellos que habían mantenido un cierto activismo a lo largo de su carrera profesional, ya fuera a través de publicaciones, participación política o implicación en las instituciones profesionales, principales diferencias que encontramos entre los psiquiatras que apoyaron las luchas psiquiátricas.

Entre los psiquiatras que participaron en el conflicto de las Clínicas de Ibiza, hablamos con Enrique González Duro porque se unió tanto al encierro como a la coordinadora que estructuró globalmente el movimiento. Nos interesamos en Carmen Sáenz Buenaventura por la perspectiva de género que, con posterioridad al conflicto, defendió dentro y fuera del hospital. Con Sergio García Reyes hablamos por su vínculo con el Partido Comunista.

Hasta Guillermo Rendueles nos llevaron sus escritos, relacionados a día de hoy con la corriente de psiquiatría crítica. Nos habló de la reforma de Oviedo y nos sugirió hablar con Onésimo González porque le pareció representativo de otro punto de vista. Nuestra última entrevista de este primer ciclo fue con Ramón García, que dejó por escrito durante este periodo una de las visiones más críticas con el proceso de reforma.

Iniciamos una segunda ronda de conversaciones en 2016 tras contactar con los psiquiatras

catalanes que formaron parte del colectivo de antipsiquiatría. El criterio para hablar con Manuel Baldiz, Carlos Frigola y Alicia Roig fue su participación en *Ajoblanco* ya que permanecen en activo. De las dos primeras entrevistas nos parece relevante, además del contacto de Frigola con Laing, la formación en psicoterapia de los dos exredactores. Cada uno pertenece a una escuela: Baldiz se dedica al psicoanálisis lacaniano, mientras Frigola pertenece a la escuela de Wilhelm Reich. En cuanto a Alicia Roig, que también se formó en Londres y contactó además con Basaglia, nos sorprendió la pluralidad de su formación y sus contactos. Las entrevistas al grupo de Barcelona nos permitieron dejar constancia de una tercera opción dentro de los psiquiatras críticos, el psicoanálisis. Con Alicia Roig, trazamos la conexión entre los partidarios de Basaglia que participaron en las instituciones y aquellos que mantuvieron un papel más discreto -pero también más crítico- dentro de ellas. En este último bloque escuchamos en las conversaciones las fricciones entre los diferentes modelos de asistencia.

Pese a que el discurso con el bloque de Barcelona comenzó a ser redundante y consideramos que era el momento de parar las entrevistas, planteamos aún una última conversación con Cristóbal Colón. La antipsiquiatría fue sobre todo un proyecto de emancipación colectiva desde el individuo, independientemente de su estado mental. Desde ese proyecto político planteó diferentes prácticas. La de Colón mantiene la crítica al sostener un proyecto comunitario de integración laboral en el que la autonomía suspende el diagnóstico. La Fageda, una empresa láctea, creció lejos de las instituciones, pero en conexión inicial con la antipsiquiatría de Basaglia. Con él cerramos un ciclo de entrevistas que por su heterogeneidad consideramos muy representativas del ciclo crítico -psiquiátrico y social- de los 70.

Las conversaciones partieron de una selección de temas previos, aunque continuaron como entrevistas abiertas con punto de partida en el conflicto, la revista o el proyecto que justificó la entrevista. Realizamos preguntas concretas solo para profundizar en los cambios que aparecían en la conversación con respecto a las anteriores o cuando necesitábamos aclarar algunos de los temas

predefinidos. Este guión temático incluía las siguientes áreas: formación, asistencia, conflictos, influencias en el modelo teórico personal, sus repercusiones en la práctica y grado de divulgación en la psiquiatría actual de las ideas defendidas en su momento. Fue inevitable que estos temas no se conectaran con la situación política del país. Las entrevistas no solo informan de la situación de la psiquiatría en España durante los 70, son un testimonio sobre el cambio social en la España tardofranquista que se reflejó en la identificación con el encierro manicomial.

V. 2. 3. Bibliografía secundaria.

Con el fin de contextualizar y discutir adecuadamente los resultados de la investigación se ha revisado lo más exhaustivamente posible la historiografía psiquiátrica correspondiente al periodo, así como bibliografía general sobre el tardofranquismo y los movimientos contraculturales de la época.

Buena parte del material utilizado está disponible en Internet (Hemeroteca digital, PubMed, bases de datos electrónicas etc.) por lo que se han realizados búsquedas en red. Asimismo se ha trabajado en diversas bibliotecas: Biblioteca Nacional, de la Facultad de Medicina, Filosofía, Psicología, Políticas y Ciencias de la Comunicación de la UCM, Biblioteca Tomás Navarro Tomás del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, etc.

PRIMERA PARTE: LA RECEPCIÓN EXTRAACADÉMICA DE LA
ANTIPSIQUIATRÍA

VI. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, LA OMS Y LA ANTIPSIQUIATRÍA

Decíamos en la introducción que el desarrollo del movimiento antipsiquiátrico se produce en conexión con la crítica cultural y las movilizaciones de los años 60. Desde el marco general de esos movimientos, la antipsiquiatría subraya su carácter innovador, rupturista y emancipador con relación al modelo biopsicocomunitario de posguerra que, a fin de humanizar el tratamiento psiquiátrico, se expande por Europa occidental y Norteamérica.

Esta separación, que identifica psiquiatría con represión, confronta la visión humanitaria a otra de control, cuya apropiación va a depender de la corriente que cuenta la historia. En esa mutua exclusión, las dificultades del modelo reformista desaparecen, mientras las alternativas se radicalizan.

Nosotros vemos continuidades entre la crítica psiquiátrica y el modelo comunitario institucional. Tales continuidades comienzan en el inicio de las alternativas psiquiátricas, pero se mantienen más adelante en sus propuestas asistenciales hasta que se diluyen en el marco excluyente de las contraculturas o de la nueva izquierda.

En esta sección vamos a revisar el desarrollo del modelo de reforma comunitario, su institucionalización y evolución a lo largo de los años 50 y 60, tratando de resaltar las dificultades que más adelante remarcarán las alternativas del periodo. Si insistimos en esta versión un tanto policial de la historia no es tanto por sostener una perspectiva de control como por comprender el desarrollo de la corriente antipsiquiátrica.

Nuestro objetivo es doble: caracterizar el modelo comunitario de posguerra y establecer su continuidad con la revisión antipsiquiátrica.

Adelantamos que la primera correlación entre ambas corrientes es su intención humanitaria, humanitaria en el sentido de mejorar los derechos y la asistencia. Decía Robert Castel que “*la piedad es el homólogo de la ley, su metáfora, su sufrimiento*”⁴³. A veces estas metáforas se han escrito con

43 Castel R. La gestión de los riesgos. 1ª ed. Barcelona: Anagrama; 1984.

trazos diferentes, o más objetivos. Términos tales como *Emoción Expresada Familiar* o las *ganancias* psicoanalíticas insisten, con fines humanitarios, en analizar la red familiar o personal de significados culturales.

El afán de excluir incluso esta continuidad reducirá cada vez más el marco de la psiquiatría reformista. Los problemas relacionados con la incorporación del elemento psicosocial se solucionarán a base de limitar su espacio dentro del modelo. Esta solución ampliará mucho el área de las alternativas psiquiátricas, cuyo criterio último de separación y de aceptación trataremos de conocer también a través de esta revisión.

VI.1. EL DESARROLLO DEL MODELO COMUNITARIO DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

VI.1.1. Los inicios de la psiquiatría comunitaria en la primera mitad del siglo XX.

La asistencia en la Primera y Segunda Guerra Mundial.

“The papers of peace have been signed. And the oceans of the earth are filled with ships coming home. In faraway places, men dreamed of this moment. But for some men, the moment is very different from the dream ... Some wear the badges of their pain, the crutches, the bandages, the splints. Others show no outward signs, yet they too are wounded. This hospital is one of the many for the care and treatment of the psychoneurotic soldier. These are the casualties of the spirit, the troubled in mind; men who are damaged emotionally”⁴⁴

En la escena inicial del documental *Let There Be Light* un barco regresa de la guerra a casa. Estructurada a modo de tragedia, la historia filma el viaje que transcurre entre la llegada a puerto de estos héroes lisiados y su retorno definitivo a la sociedad civil. En el *Mason General Hospital*⁴⁵ de

44 US army, *Let there be light*. Training Film nº 5019. USAF Motion Media Records Center, Norton AFB, California: John Huston; 1946. Disponible en: <https://archive.org/details/gov.ntis.ava04168vnb1> [consultado 25/2/17]. El documental se realizó por encargo del ejército americano, que, una vez finalizado, vetó su exhibición. No se estrenó hasta 1980. En 1948 Joseph Henabery dirigió una dramatización del documental, *Shades of Gray*, dentro de la misma serie, *Professional Medical Films*, producida por el ejército y destinada a la exhibición en ámbito especializado. La película está disponible en: <https://archive.org/details/PMF-5047> [consultado 25/2/17].

45 El *Mason General hospital* fue durante la guerra un hospital monográfico de referencia. situado en Long Island, realizaba terapia ocupacional para el cuidado de pacientes de larga evolución que se repatriaban desde los distintos frentes. Cerró sus puertas en diciembre 1946, tres meses después de que Huston grabara su documental. En mayo del 45, puso en marcha un programa específico de tratamiento para la rehabilitación de trastornos neuropsiquiátricos que procedían del frente. Se permitió el uso libre de herramientas para permitir la elección de las actividades ocupacionales, se eliminó todo trabajo industrial o manual que no fuera terapéutico y se seleccionó cuidadosamente a los supervisores entre el personal voluntario. De manera paralela, se puso en marcha un programa específico de recuperación cuyo resumen narra Huston.

Nueva York los hombres se recuperan de sus traumas de guerra y la narración se enfoca en el periplo de los hombres psiconeuróticos. La empatía de la cámara hacia los soldados heridos, la camaradería militar y la explicación de la herida en función de la magnitud del estresor son las vías que el narrador sugiere para la aceptación y la curación de esos hombres psiconeuróticos.

Mientras las imágenes de los soldados y la voz del narrador nos hablan de la fatiga inevitable que produce el combate, para los psiquiatras la repercusión del trauma remite a un conflicto psíquico anterior. Frente a la lesión directa por un golpe insoportable, para los psiquiatras la explicación se mueve en términos de predisposición y mecanismos de defensa.

Sea el daño provocado por la lesión directa y externo, o sea consecuencia de una desestructuración anterior, los tres protagonistas -narrador, pacientes y psiquiatras- aceptan tanto una explicación según un modelo médico del trauma como su curación en un entorno terapéutico.

La alteración emocional, debida a un estresor de gran intensidad, fuerza una respuesta adaptativa psicoorgánica. Esta respuesta adaptativa, como cualquier otra fisiológica, contiene la lesión, pero a costa de restar capacidad de reacción al individuo. Así, es posible que un hombre no pueda volver a caminar o que otro pierda el habla.

Esta enfermedad, ya fuera latente o de nueva aparición, precisa, para ser desactivada, no solo del proceso pedagógico del grupo sino también de un tratamiento psicoterapéutico específico cuyo fin es profundizar en el conocimiento de uno mismo.

A la explicación fisiológica y psicológica de la enfermedad mental, la Segunda Guerra Mundial incorpora la explicación sociológica de los síntomas mentales. Entre la primera y la Segunda Guerra Mundial la psiquiatría desplaza el interés de los procedimientos de selección y detección precoz a la asistencia comunitaria, la adaptación progresiva, y la neurosis de guerra.

Durante la Segunda Guerra Mundial la proporción de trastornos neuropsiquiátricos entre los

Entre las técnicas se utiliza el grupo terapéutico y el *milieu*, que vendría a ser la versión americana de la comunidad: Glass AJ and Bernucci MC(Eds.), *Neuropsychiatry in World War II, Volume 1, Zone of Interior*. Washington: Office of the Surgeon General; 1966. p 253-313.

soldados norteamericanos multiplicó por cinco la de la gran guerra⁴⁶. Al principio del conflicto, el relevo del servicio es la opción preferida cuando aparece o se detecta trastorno mental. Hacia la segunda mitad de la contienda, la participación activa de los Estados Unidos, la incorporación de los psiquiatras civiles⁴⁷ y la necesidad de recursos humanos, fuerza el desarrollo de un programa de tratamiento para los trastornos mentales. Pese a la selección previa al reclutamiento, que deja fuera por razones neuropsiquiátricas al 12% de los candidatos, entre enero de 1942 y junio de 1945, 99218 soldados, el 6% de los ingresos médicos, fueron hospitalizados en los servicios de neuropsiquiatría del ejército estadounidense. A la mayor parte de ellos, unos dos tercios del total, se les diagnosticó de psiconeurosis, trastorno que, durante el mismo periodo de tiempo, justificó 256,134 licenciamientos, cifra que pese a ser alta es ya menor que durante el primer periodo de la guerra⁴⁸. Durante este segundo periodo, los psiquiatras observan que el cribado del trastorno mental no evita su aparición en las zonas de combate⁴⁹ y redescubren los beneficios conscientes o inconscientes de los síntomas mentales,

46 La comparación de proporciones entre la Primera Guerra Mundial y la Segunda se basa en estimaciones indirectas. Entre ambas guerras hubo diferencias en el número de fallecidos, en la letalidad del armamento utilizado y en las estrategias militares. La conceptualización que psiquiatras y pacientes realizaron de la enfermedad cambió también de la primera guerra a la segunda: ni las tendencias, ni los criterios diagnósticos ni las formas sintomáticas fueron homogéneas en los dos conflictos. Si en la primera guerra médicos y pacientes se pararon con el *shell shock* en los síntomas cardíacos, en la segunda se realiza la fatiga de combate que llegó a ser un diagnóstico.

Menninger W. *Psychiatry in a troubled world*. New York: MacMillan; 1948. p. 127-129.

Appel JW. Preventive psychiatry. En Glass AJ and Bernucci MC(Eds.), *Neuropsychiatry in World War II, Volume 1, Zone of Interior*. Washington: Office of the Surgeon General; 1966. 373-416.

Appel JW, Beebe GW y Hilger DW. Comparative incidence of neuropsychiatric casualties in world war I and world war II, *Am J Psychiatry*. Septiembre 1946 ;103(2):196-9.

Sobre las epidemias, los significados connotados del síntoma y la plasticidad sintomática de los trastornos mentales véase Hacking I. *Rewriting the Soul*. Princeton: Princeton University Press; 2001.

Sobre la plasticidad de las neurosis de guerra, Jones E, Wessely S. *Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove, New York: Psychology Press, 2005.

47 Al principio de la guerra se integraron solo 35 psiquiatras. Al final del conflicto, un tercio del total del total de los inscritos en la APA, unos 1000 psiquiatras, se incorporaron a filas. Menninger W. *Psychiatric experiences in the war, 1941- 1946*. *Am J Psychiatry* 1944 11/01; 2017/02;101(3):310-315.

48 Tanto Menninger como Appel advertían que la cifra de psiconeurosis estaba probablemente sesgada. Este diagnóstico dependía no solo de los criterios acordados sino también de las necesidades de mano de obra del ejército: como la psiconeurosis conllevaba la posibilidad de licenciamiento sin deshonor, se utilizó esta etiqueta como cajón de sastre en el que se despachaban desde problemas de relación a negativas a participar en el conflicto. No obstante, durante la segunda mitad de la contienda, el alto mando controló y limitó los usos administrativos de la categoría y se mostró reticente a informar de los casos de psiconeurosis que podían minar la moral de las tropas. Otros factores que añaden incertidumbre a las estadísticas manejadas son: la proporción de psiquiatras por combatiente, más alta durante la Segunda que durante la Primera Guerra, una mayor familiaridad y aceptación del diagnóstico entre los médicos, los intereses profesionales de los psiquiatras y las preferencias e ideas previas personales. El proceso de medicalización de las emociones y reacciones propias del campo de batalla, que se desarrolló plenamente durante la Segunda Guerra, junto con los intereses profesionales pudieron influir también en la alta proporción de trastornos psiquiátricos. Menninger W, Op. Cit., Appel J, Op. Cit.

49 Harry Stack Sullivan, dirige en 1941 el Comité Nacional de Higiene Mental que realiza el proceso de selección. Estaba convencido de la capacidad de este sistema para evitar la incorporación a filas de personas con trastornos mentales.

única manera de ser licenciado del frente. Se replantean entonces su intervención, centrada hasta ese momento en los procedimientos previos de selección y la segregación en hospitales monográficos. Entre las psiconeurosis, la más prevalente es la reacción de ansiedad. Su tratamiento lleva las técnicas preventivas de la higiene mental y las terapias eclécticas de la psiquiatría privada civil al campo militar, y recupera los experimentos terapéuticos de la Primera Guerra con algunos matices asistenciales y teóricos.

VI.1.2. Psiquiatría en el frente durante la Primera Guerra Mundial.

La normalización de las neurosis. Del manicomio al frente.

Durante la Primera Guerra Mundial, la reformulación en términos progresistas de la psiquiatría francesa facilitó el tratamiento de los trastornos funcionales en los hospitales de campaña.

Ya durante la segunda mitad del siglo XIX, asistimos a un proceso de medicalización de los problemas sociales⁵⁰. El efecto de las sustancias tóxicas, las patologías nutricionales, los efectos en la salud de las condiciones laborales, las conductas individuales y su relación con la propagación de enfermedades infecciosas centraron la atención en el medio e impulsaron los primeros proyectos de salud pública. A la sombra de estos proyectos, la salud adquiere un valor colectivo y la medicina encaja una nueva función social que encuentra en la psiquiatría de principios de siglo pasado su versión más normativa y sus técnicas más pedagógicas⁵¹.

Ibíd. p. anterior (3)

50 En: Fonteret A. Hygiène psychique et morale de l'ouvrier dans les grandes villes en général, et dans la ville de Lyon en particulier. 1ª ed. 1858. Antoine Louis Fonteret desglosa los preceptos a seguir para robustecer la salud situando al mismo nivel los factores físicos -aire, alimentación, enfermedades-, morales -matrimonio y equilibrio moral- y laborales -tipo de profesión y aspectos generales- Marx lo cita en el capítulo VIII del capital, *Jornada de trabajo*, capítulo en el que ofrece también dos interpretaciones posibles de la influencia en la salud del medio: “El médico, señor Keys, tardíamente llamado al lecho de agonía, testimonió escuetamente ante la ‘coroner’s jury’: ‘Mary Anne Walkley murió a causa de largas horas de trabajo en un taller donde la gente está hacinada y en un dormitorio pequeñísimo y mal ventilado’. A fin de darle al facultativo una lección de buenos modales, la ‘coroner’s jury’ dictaminó, por el contrario: ‘La fallecida murió de apoplejía, pero hay motivos para temer que su muerte haya sido acelerada por el trabajo excesivo en un taller demasiado lleno’”. Marx, K. Capítulo VIII: Jornada de trabajo. El capital. Libro primero, vol. 1. El proceso de circulación del capital. Madrid: Siglo XXI editores; 2010. p. 307. Al conflicto sobre el papel causal del medio -causa necesaria o suficiente- la psiquiatría añadirá la causación psicológica y otros espacios de intervención que desplazarán el entorno laboral a la familia, la prisión y la escuela.

51 Labisch A. Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of ‘Health’ and the ‘Homo Hygienicus’. J. Contemp Hist. 1985;20(4):599-615.

La idea de que el entorno social, limitado a las costumbres, al suburbio o a la familia, podía producir o desencadenar enfermedades no era desconocida para la psiquiatría francesa de preguerra que, familiarizada con la teoría de la degeneración, admitía además que las enfermedades así producidas podían ser transmitidas a la descendencia⁵².

El tipo ideal, normativizado por Morel y Magnan, y los obstáculos de causa moral y transmisión hereditaria que historia y familia acumulan y oponen frente a este ideal, se reinterpretan a principios del siglo XX en términos de predisposición. En espera de una explicación anatomopatológica para sus enfermedades, la predisposición permite a los psiquiatras individualizar el riesgo y a la vez socializar sus intervenciones.

El entorno no tiene capacidad de producir la enfermedad, pero el más inmediato, la comunidad del individuo, si tiene la potencialidad de desencadenarla. Para que tal cosa suceda, es necesaria una debilidad anterior, relacionada con una constitución o un accidente patológico que permanece oculto hasta ser desvelado por la clínica, cuando llega el estímulo apropiado. Frente a la degeneración, la predisposición admite la posibilidad de intervención, conservando el foco en el individuo y en su medio.

Durante el primer tercio del siglo XX, los síntomas mentales van a seguir señalando esa vulnerabilidad interna de la que el medio es solamente el elemento acelerador. En un plano individual, además de disciplinar las constituciones y controlar el entorno, se tratará entonces de afinar los mecanismos de detección, identificando los signos menores de constituciones vulnerables para vigilarlas y prevenir exposiciones de riesgo. A este nivel, la función social de la psiquiatría comparte técnicas y manejo de la desviación con la pedagogía y el derecho. En un plano comunitario, ya en connivencia con la higiene, se tratará de disminuir el riesgo colectivo incorporando los conocimientos de la ciencia psiquiátrica a los procesos institucionales de socialización. Además de un rol social, la intervención anticipada proporciona a los psiquiatras una modalidad de cura imposible para la teoría

52 Huertas R. Valentin Magnan y la teoría de la degeneración. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985;V(4).

de la degeneración, cuyo fuerte componente constitucional e irreversible confinaba a pacientes y alienistas dentro de los muros del manicomio.

Durante la Primera Guerra Mundial, la alta producción de patología neurótica abre las puertas de la neuropsiquiatría y desplaza a pacientes y psiquiatras del manicomio al frente. Allí, el carácter constitucional del trastorno mental continúa su proceso de higienización e inicia otro de psicologización, mediado por las nociones patológicas de sugestión e histeria, cuya maleabilidad va a modificar y a mantener las predisposiciones degeneradas ⁵³.

A finales del XIX, Charcot, asumiendo las críticas de la escuela de Nancy, había reconocido el valor de la sugestión en la explicación de los procesos histéricos⁵⁴. Sin embargo, le dio al proceso psicológico una base patológica al considerar que tanto este como los síntomas histéricos revelan una vulnerabilidad constitucional anterior, que necesita además de un agente provocador para ser aceptada⁵⁵.

La noción de histeria traumática elaborada por Charcot permite medicalizar las reacciones ante el combate, manteniendo la asociación entre la clínica neurótica y la situación, pero limitando la capacidad de la guerra para producir enfermedad mental: la emoción ligada a la situación actúa como agente provocador e induce un estado histérico, pero solo en el individuo ya predispuesto. La sugestión característica de este estado histérico genera una imagen subjetiva del traumatismo exterior cuya clínica, física o psíquica, no tiene por qué corresponderse con la que objetivamente derivaría del accidente⁵⁶.

El combate, como cualquier otro agente externo, reactiva un trastorno mental anterior o revela una afectación constitucional previa. Sea la conducta propia o la heredada la razón del aumento del

53 Micale M, Lerner P, editores. *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2001.

54 Ellenberger HF. *El descubrimiento del inconsciente: historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos; 1976.

55 Marquer B. *Les "Romans" de la Salpêtrière. Réception d'une scénographie clinique: Jean-Martin Charcot dans l'imaginaire fin-de-siècle*. Genève: Droz; 2008.

56 Micale M. *Hysterical men: the hidden history of male nervous illness*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2008.

riesgo de enfermar, la causa necesaria queda localizada en el desviado y el agente provocador en su entorno inmediato.

En el frente, la sugestión y la histeria implican tanto un componente imaginario como una debilidad. En un extremo, los síntomas son estigma de un automatismo inconsciente, el estado de histeria, que reproduce de manera grotesca la enfermedad. En el otro, hay una participación consciente en la medicalización del combate y los síntomas se imitan para desertar evitando la pena de muerte.

La utilidad de los neuropsiquiatras en el campo de batalla consiste en limitar ambas reacciones, conteniendo el número de licenciamientos. En un extremo, tratarán de detectar la predisposición para prevenir la neurosis y fortalecer las constituciones, otra manera de prevenir. En el otro intentarán realizar un diagnóstico diferencial aproximándose a la medicina.

Las neurosis de guerra, al moverse a ojos de los neuropsiquiatras entre ambos polos, van a encontrar en el frente su lugar natural de tratamiento. Por un lado, la ubicación de los enfermos en pabellones aislados dentro del hospital general y la existencia dentro de estos pabellones de celdas individuales, permite, como en el manicomio, observar los síntomas, prevenir el contagio, controlar el riesgo, realizar el diagnóstico diferencial y reeducar al paciente. Por el otro, la proximidad a la línea de combate y el entorno militarizado, evitan la obtención de beneficios conscientes o inconscientes, derivados de la clínica, y mantiene un entorno adecuado para fortalecer las constituciones debilitadas.

Tanto en la guerra como en la sociedad civil, el aislamiento manicomial va a seguir siendo el único tratamiento para los pacientes más graves, psicóticos o neuróticos de alta intensidad, o aquellos con sintomatología persistente; pero el encierro ya no se va a realizar con una finalidad custodial, sino bajo una tutela terapéutica, cuyos principios reforzarán las observaciones del frente.

El responsable inicial de la asistencia psiquiátrica en el frente occidental durante la Gran Guerra, fue Emmanuel Régis⁵⁷ que con Marcel Briand, psiquiatra del Villejuif, traslada a la zona

57 Emmanuel Régis (1855-1918) comenzó a trabajar como alienista en Saint Anne. En 1883, accede al puesto de médico jefe en la Maison de Santé de Castel d'Andorte en Burdeos. Al inicio de la guerra es además profesor titular de enfermedades mentales en la facultad de medicina de esta ciudad. Obituary Professor. Emmanuel Régis, *The American Journal of Insanity*. Baltimore: The Johns Hopkins Press V 75, Oct. 1918, pp. 304-306. Disponible en: <https://archive.org/details/psyamericanjourn75ameruoft> [consultado el 25 de febrero de 2017]

de combate tanto los principios manicomiales de asistencia como las aspiraciones reformistas de la neuropsiquiatría francesa de principios de siglo.

Para las histerias traumáticas relacionadas con el combate, la primera asistencia queda vinculada al hospital de campaña. El aislamiento se completa con la reeducación del enfermo, al que neuropsiquiatras y pacientes en vías de recuperación persuaden del carácter funcional de su dolencia. La tasa informada de respuesta al tratamiento es alta. El modelo afianza el acercamiento de los neuropsiquiatras a la medicina hospitalaria y a la patología de menor intensidad, no tan llamativa antes de la guerra y limitada a la práctica privada. Por último, el frente permite probar un esquema teórico y terapéutico eficaz en el que los síntomas, más permeables al medio, siguen siendo atribuidos a causas físicas y morales. Dentro de este esquema, la predisposición histérica de Charcot admitirá tanto las interpretaciones psicológicas de Babinsky como las fisiológicas de Sollié⁵⁸.

El contacto entre psiquiatras franceses, británicos y norteamericanos, la saturación de los hospitales generales y las dificultades en el traslado de pacientes divulgaron el modelo terapéutico de los primeros⁵⁹. El psicólogo inglés Charles Myers⁶⁰ y Thomas Salmon⁶¹, director médico del recién creado National Committee for Mental Hygiene, se hacen cargo de la asistencia neuropsiquiátrica de sus compatriotas. Ambos observan las neurosis de guerra con la misma ambivalencia que sus colegas franceses. Myers lo cuenta de esta manera en su tratado sobre el *Shell Shock*:

“Extremist in one direction would urge that such symptoms are so closely akin to the malingering that they demand the adoption to the strictest disciplinary measures. Or,

58 Thomas GM. Treating the Trauma of the Great War: Soldiers, Civilians, and Psychiatry in France, 1914-1940. Baton Rouge: Louisiana State University 2009.

59 Edgar J, Wessely S. “Forward Psychiatry” in the Military: Its Origins and Effectiveness. International Society for Traumatic Stress Studies. J. Trauma Stress. 2003 Aug.;16(4):411-9.

Según Shepard, Salmon estuvo en Inglaterra en 1917. Shepard B. A war of nerves. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2001.

60 Myers se traslada al frente occidental de forma voluntaria y se hace cargo más adelante de la asistencia.

Bartlett, F. C. ‘Charles Samuel Myers. 1873-1946 [obituary]’, Obituary Notices of Fellows of the Royal Society of London 1948, 5: 767-777.

61 Salmon se integró en el frente occidental antes de la participación de su país en la guerra. Previamente había visitado Inglaterra para observar el tratamiento de la patología mental en la armada británica y francesa.

Parry M. Thomas W. Salmon: advocate of mental hygiene. American Journal of Public Health. 2006 Oct.;96(10):1741. Disponible en: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2006.095794>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

believing that the more attention is paid to such patients the worse they will become they advocate at least a studied neglect of them. Extremist in the opposite direction would subject them to a prolonged course of psychoanalysis, or would tend indiscriminately to pamper them⁶²”.

El programa asistencial en lengua inglesa imita al francés y sitúa, en la camaradería y el rigor del frente, el contrapeso a una sociedad civil excesivamente laxa, situación que además proporciona a los psiquiatras una mayor proximidad al hospital general, conservando el aislamiento manicomial⁶³. Extraen del modelo galo cuatro principios de tratamiento: proximidad, rapidez, expectativas y simplicidad, cuya eficacia va a permitir además graduar la gravedad del trastorno y su relación con la situación⁶⁴.

La persuasión, la explicación y a veces las reprimendas eran las técnicas de elección para convencer al soldado afectado del carácter funcional de su dolencia. Se trataba de reeducar al paciente para devolverle la confianza en sí mismo, un mayor conocimiento de sí y mejorar su autocontrol.

La intervención de primer nivel consistía en cuatro o cinco días de alimentación y descanso que, con o sin el apoyo de las técnicas de psicoterapia, conseguían la desaparición de los síntomas en un porcentaje muy similar al de la siguiente guerra, un 65 % de los casos⁶⁵. Si la persistencia de la clínica obligaba a prolongar el tratamiento, la intervención de segundo nivel, más activa y alejada del frente, podía prolongarse hasta tres semanas. Tras este periodo, la asistencia continuaba en el hospital general o monográfico de referencia, alejado ya de la línea de fuego e incluía técnicas más agresivas como las corrientes eléctricas, la sedación o la terapia ocupacional. Tras completar un máximo de

62 Myers, Charles S. *Shell Shock in France, 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 50.

63 “*Having regard to the contagiousness of the affection within a unit, if shell shock become recognized as an easy means of escape of the Base*”. *Ibid.*, p. 51. Esta es por ejemplo la razón por la que Myers sigue recomendando el aislamiento en su manual de tratamiento.

64 Salmon T. *The care and treatment of mental diseases and war neuroses (“shell shock”) in the British army*. 1ª ed. New York: War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene; 1917. Myers CS, Op. Cit.

65 Pols H, Oak S. War & Military Mental Health: the US psychiatric response in the 20th century. *Am J Public Health*. 2007 Dec.;97(12):2132-42. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2089086/> [consultado el 25 de febrero de 2017].

Myers cuenta que: “*many of those in clase III -shell shock- whose condition was due to emotional trauma or mental exhaustion, improved rapidly despite the highly adverse environment (...) but it was often virtually impossible to treat the readily curable cases*” (Op. Cit., p. 77). Myers dice también que “*there were not in the legal or popular sense insane, but from the military standpoint had to be so labelled in order to get ride of them or to save them from being shot for desertion*”. Myers CS, Op. Cit. p. 82.

seis meses de tratamiento se contemplaba la posibilidad de alta en el servicio y vuelta a casa.

Con esta pragmática depuración del tratamiento los neuropsiquiatras ingleses refinan algunos aspectos de la doctrina francesa y añaden nuevas técnicas. Pese a mantener el mismo esquema etiológico -predisposición constitucional y agente provocador externo- matizan el vínculo conceptual con la teoría de la degeneración que solo se va a mantener si no hay curación. Para acentuar el carácter reversible de la sintomatología tanto Myers como Salmon prefieren hablar de *shell shock* que de histeria traumática o neurosis de guerra⁶⁶. El propio Myers acuña el término para dar cuenta de los síntomas heterogéneos que observaba en los soldados tras el estallido de las bombas. Aunque lo relaciona con la neurastenia y la histeria postraumática, lo considera un trastorno diferente ya que piensa que el trauma psíquico provocado por la explosión puede ser en ocasiones el factor desencadenante. La emoción extrema y repentina de horror y miedo conduce a un estado psicológico disociativo que podría llegar a explicar por sí solo la sintomatología.

Sin embargo, lo habitual en el desarrollo de la enfermedad es una predisposición neurótica. Ahora bien, esta predisposición constitucional, además de fisiológica -un estado de hiperreactividad glandular⁶⁷-, puede ser de origen psicológico -un trauma infantil anterior- lo que, de acuerdo con la formación psicoanalítica de Myers, permite la cura psicoterapéutica posterior. Con la confesión de los miedos y preocupaciones cuando son conscientes, o en su defecto con la hipnosis, se intenta aliviar y reintegrar la reacción emocional que, al entender de los anglosajones, produce o reaviva la memoria traumática. También en la propuesta de Salmon hay lugar para la relación directa trauma/síntoma, la terapia y la hipnosis.

66 Salmon comenzó trabajando como microbiólogo para el servicio de Salud Pública americano y acabó realizando labores de detección y asistencia de trastornos mentales. Frente a la histeria prefiere el término inglés de *shell shock* para evitar un diagnóstico asociado con incurabilidad y custodia. Myers es psicólogo con formación psicoanalítica y no tiene problema en situar constitucionalmente el trauma psicológico. Por otro lado, la tradición anglosajona había ofrecido modelos explicativos alternativos a la neurosis traumática. En ellos el trauma provocaba de manera directa la sintomatología observada. Harrington, R. *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain* y Caplan E. *Trains and Trauma in the American Gilded Age*. En Micale M. Lerner P, Op. Cit. p. 57-8.

67 Shephard relaciona la hipótesis hormonal con la teoría de la emoción de Cannon de 1915. Shephard B. *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2001.

Ambos, a diferencia de sus colegas franceses, admitieron, en caso de cura, la asociación de los síntomas con el conflicto bélico que, entendido como situación extraordinaria y traumática, podía producir trastorno sin necesidad de predisposición individual⁶⁸. La persistencia de la sintomatología revela ahora el trastorno latente que la guerra desencadenaba. A mayor demora en la recuperación, mayor gravedad, mayor individuación del trastorno y mayor estigma.

La neurosis del combate de la Primera Guerra Mundial permite visualizar el nuevo modelo teórico y asistencial con el que la psiquiatría tratará de salir del hospital durante el periodo de entreguerras y la Segunda Guerra Mundial. El fracaso -o el agotamiento del modelo- del cribado previo y del aislamiento, como modelos de prevención y de tratamiento individual de la enfermedad mental, impulsa la aceptación de la neurosis de guerra y su esquema de tratamiento, que articula los dos ejes de intervención de los psiquiatras, un nivel institucional y preventivo, y un modelo de terapia individual.

La enfermedad, aunque esté aún latente, justifica la socialización del modelo individual de tutela terapéutica a través de la prevención. No se trata tanto de evitar como de fortalecer. Esta prevención continúa en manos de los neuropsiquiatras y de las ligas de higiene mental.

Además de esta función normativa, el desarrollo de los primeros seguros de enfermedad y la discusión sobre las pensiones de invalidez durante la postguerra mantendrá a los psiquiatras en su posición de expertos, lugar que, al estar apoyado en las explicaciones flexibles de la enfermedad – psicológica y social-, les forzará a reabrir el debate sobre la relación entre el medio y la enfermedad latente, relación decisiva para recibir una compensación por accidente o por enfermedad en el frente y que va a complicar todavía más la elaboración médica de las neurosis⁶⁹.

La solución última volverá una y otra vez sobre una predisposición individual maleable a través de la psicologización de la histeria de Freud o Janet, y de las intervenciones socioeducativas de los neuropsiquiatras, que permitirán dejar el estigma, la incurabilidad y el peligro dentro del

68 Salmon Thomas W., Op. Cit.

69 Eghigian GA. The German Welfare State as a Discourse of Trauma. En: Micale M. Lerner P, Op. Cit. p. 92-115

manicomio.

Cuando Huston en *Let There Be Light* comparte con los soldados que vuelven a casa el valor de sus insignias, nos habla también de una relación directa entre trauma y síntomas, explicación que la American Legion lleva defendiendo desde el final de la Primera Guerra junto con la Liga de Higiene Mental Americana. Para los psiquiatras, sin embargo, la predisposición no está definitivamente resuelta, aunque la planteen ya en los términos psicológicos de Myers. Esta postura no es exclusiva del Mason General Hospital. William Menninger, responsable de la organización de la estrategia de salud mental del ejército estadounidense durante la Segunda Guerra, sintetiza y se inclina por la hipótesis psicológica, lo que va a permitir a la psiquiatría de habla inglesa continuar el camino abierto por Salmon y Myers.

VI.1.3. Psiquiatría en el frente durante la Segunda Guerra Mundial

La propuesta de tratamiento de Menninger parte de la de Salmon y Myers y como ellos establece una gradación de intervenciones cuya eficacia clasifica en grados la predisposición.

En el tratamiento, el matiz se centra no tanto en la persuasión como en la psicoterapia. Encuentra además en la variante grupal una modalidad de intervención más pragmática dado el volumen de intervenciones en el frente. Recomienda este tratamiento tanto en las rápidas intervenciones del campo de batalla como en la asistencia hospitalaria.

En esta última modalidad, reservada para los pacientes con síntomas de larga evolución, la lista de tratamientos es más amplia e incluye al entorno y al paciente. En casa o retirados del frente, se trata más de sanatorios que de hospitales y su situación debe de estar a medio camino entre una institución pedagógica y un centro de ocio. En el frente se recomienda específicamente la sedación, la catarsis y la psicoterapia de grupo. En todos los casos el ambiente ha de tener en cuenta los riesgos de la simulación y los beneficios de los síntomas neuróticos

“Historically, psychoneurosis referred to the maladjustments that were presumed to

be caused by purely psychic factors. The neuroses were assumed to have some physiological basis for the psychological symptoms. The two terms have become interchangeable and therefore synonymous for lack of scientific evidence that any differentiation"⁷⁰

Menninger llevó a la neurosis de guerra su interpretación analítica y distinguió entre reacción neurótica, ajuste transitorio ante presiones externas e internas, y neurosis, desajuste de larga duración reactivo o no que exige además un grado de limitación productiva y aislamiento personal. Si la reacción neurótica de larga duración es un signo de inmadurez, la neurosis lo es de una predisposición anterior. En cuanto a las reacciones transitorias, entiende que la mayoría de las veces se deben a un desajuste previo, cuyo grado queda matizado por la intensidad de la sintomatología y el nivel de estrés del combate.

En una minoría de soldados, la emoción puede producir por sí misma el trastorno⁷¹. Se esfuerza además por apartar las reacciones neuróticas de cualquier connotación de decadencia en el país o de debilidad en el soldado: *"They were the normal results of an enforced and sudden loss of a democratic way of life rather than a sign of decadence"*.⁷²

Menninger se lamenta de las reticencias institucionales a los conocimientos psiquiátricos *"What Dr. Salmon wrote in 1919 he could as well have written in 1939"*⁷³. Transcribe también sus palabras para hablar de la distancia entre medicina y psiquiatría y del abandono institucional de la clínica a favor del ámbito legal. En su opinión el carácter custodial del manicomio facilita el abandono progresivo de las instituciones en favor de la práctica privada y desaprovecha el potencial tanto del psicoanálisis como de la prevención⁷⁴

Lo social se concreta en el entorno inmediato de quien padece los síntomas. Determinado tipo de situaciones -nuevas, desagradables e inesperadas- pueden producir de manera directa estos síntomas, expresión ya no de degeneración sino del proceso normal de adaptación, aunque revelen

70 Menninger W, Op. Cit. p. 122

71 Menninger W. Ibíd. p. 150 et seq.

72 Menninger W. Ibíd. p. 131.

73 Menninger W. Ibíd. p. 4.

74 *"Sometimes it has been argued that they were too few in number, and that there was hardly a sufficient body of knowledge to be certain about what constituted effective preventive efforts"* Ibíd. p 7.

con más frecuencia el desequilibrio producido en la familia en el pasado.

Tanto si los síntomas son una negativa al combate, un efecto directo de un estresor o señal de desajuste a una situación traumática anterior, lo que enseña la guerra es que es posible intervenir sobre ellos. La cura consiste en evitar el licenciamiento, aumentar el conocimiento de uno mismo y finalizar el proceso de adaptación a la situación. Debe comenzar inmediatamente para evitar la cronificación.

Para tratar en la vida civil este tipo de desajustes, Menninger insiste en la apertura de clínicas ambulatorias. La relación terapéutica curativa va a ir cediendo espacio al entorno a medida que nos acercamos al hospital. Los criterios de salubridad de ese entorno van a ir cambiando acercándose poco a poco a las intervenciones grupales y activas del frente hasta definir la comunidad terapéutica. Si la guerra muestra que hay situaciones capaces de desencadenar o producir un trastorno, enseña también que determinados tipo de entorno pueden contrarrestarlo y prevenirlo, tanto dentro del hospital como fuera de él:

*“Often the effect of social factors as a cause of mental illness was so obvious in soldiers that not only the illness but the social situation which caused it needed treatment. In civilian life, also, social situations either can contribute to or prevent mental illness. The application of certain principles to public health, academic education, industry, criminology could strengthen their preventive role. Psychiatrists can help greatly”.*⁷⁵

De la misma manera que hay automatismos individuales con causa en el entorno inmediato, Menninger piensa que hay automatismos sociales, cuya causa más cercana es la ignorancia y la más lejana la estructura social. Habla de neurosis social para explicar los prejuicios colectivos que relaciona con los efectos psicológicos de los problemas sociales y de déficits sociales para explicar el trastorno mental.

Más importante que tratar es prevenir. Las relaciones en el entorno y la educación son las estrategias básicas para evitar la eclosión de la enfermedad que aumenta al mismo ritmo que la industrialización. No le corresponde a la psiquiatría oponerse a las circunstancias, pero sí señalar

75 Ibid. p. 456

aquellas que favorezcan la actualización del trastorno. Cuando se trata de situaciones sin posibilidad de cambio como el combate, la opción es asesorar a los mandos para que faciliten la adaptación de los participantes⁷⁶.

Además de la educación hay una serie de valores que, dentro y fuera del ejército, parecen oponerse al desarrollo del trastorno: la camaradería, el ocio, la religión, la recompensa o el conocimiento de uno mismo⁷⁷. Sin embargo, el factor más relevante es la familia. De ella depende el proceso de socialización y el desarrollo de una futura predisposición. A través de la familia se van a canalizar las propuestas de tutela y cambio social:

“A healthy family relation is essential to the development of 'normal' children. When that family is plagued with unemployment, it is impossible to conceive of the children maturing without some degree of warp in their personality structure and, consequently, subsequent difficulties in their relations to people and to the community-evidence of mental ill health”⁷⁸.

La atención masiva a la redescubierta patología de guerra desemboca en una noción de trastorno mental mucho más fluida. Con el encaje que psiquiatras y soldados realizan del *agotamiento de combate* se cierra el proceso de psicologización del trauma que se había iniciado con el *shell shock*. El modelo traumático sustituye a nivel individual al tóxico-infeccioso.

También aquí la sintomatología revela una constitución desequilibrada, pero lo que asoma ya no es solo un desequilibrio fisiológico irreversible sino también el desajuste traumático de la primera infancia. La latencia fisiológica y la psicológica se han situado al mismo nivel y sus automatismos producen presiones internas que interactúan con las que proceden del exterior, forzando, torciendo y saturando unos mecanismos de adaptación sobrepasados.

La guerra funciona como un prisma que descompone los elementos de la neurosis y permite a los psiquiatras descubrir que lo normal es la neurosis, que enmarca el punto de ruptura y expande su

76 La noción de salud de Menninger incorpora un entorno al que hay que adaptarse. Salud implica una adaptación sana, sin síntomas neuróticos. Es la limitación de la capacidad de adaptación la que define el estado patológico, que tiene ya sus propias leyes. Además hay un periodo de latencia después del cual se establece la enfermedad. Menninger W, Op. Cit.

77 Appel JW, Beebe GW. Preventive psychiatry: an Epidemiologic Approach. JAMA. 1946;131(18):1469-1475.

78 Menninger W. Ibíd. p. 419.

campo de acción. La duración de los síntomas que correlaciona con la respuesta al tratamiento va a ser a partir de ahora quien revele la diferencia entre lo normal y lo patológico.

*“It is a curious commentary that the diagnostic term “psychoneurosis,” developed by Freudian psychology to indicate a relatively fixed neurotic illness due to internalized unconscious conflict from faulty childhood psychosexual development, in time, was generalized to encompass a wide variety of situationally induced emotional reactions”.*⁷⁹

La clasificación psiquiátrica de consenso⁸⁰, impulsada por Menninger y antesala del primer DSM reconoce la reacción transitoria de la personalidad, formalización del *agotamiento de combate* que designa la autonomía del tercer factor, el medio, y la desliga del estigma de las psiconeurosis.

La situación puede producir, revelar, corregir y prevenir la sintomatología neurótica, si tiene la intensidad adecuada tanto en el combate como fuera de él. Las situaciones rutinarias asociadas a síntomas neuróticos, se clasifican como reacciones de inmadurez, tanto para vadear el significado peyorativo del término psiconeurótico como para delimitar el grado de independencia del estresor.⁸¹

Esta doble clasificación de las neurosis conserva para los psiquiatras un sustrato somático automático, con posibilidad de una doble modificación terapéutica o preventiva, posibilidad a la que se le dará mayor o menor participación en función de la respuesta al tratamiento, la orientación del psiquiatra y las alianzas profesionales que se demanden.

Cuando la alianza se establece con los seguros de enfermedad, la predisposición gana importancia si la discusión se mueve alrededor de las pensiones por enfermedad mental⁸².

Como médicos, los psiquiatras también se aliaron con sus pacientes y observaron en sus síndromes el resultado de la guerra. El desplazamiento continuo entre múltiples frentes que caracterizó a la Segunda Guerra explica para pacientes y psiquiatras la sustitución del *shell shock* de las trincheras

79 Glass A J. Lesson Learned. En Neuropsychiatry in World War II. Vol. 1 Zone of Interior. Washington: Office of the Surgeon General; 1970, p. 752.

80 *Nomenclature and method of recording diagnoses*. U.S. War Department Technical Bulletin TB MED 203, 19 October 1945. Government Printing Office, Washington, D.C., 1945. Reproducido en Glass A. J. Lesson Learned. En Neuropsychiatry in World War II. Vol. 1 Zone of Interior. Washington: Office of the Surgeon General, 1970.

81 *“Transient personality reactions-included all emotional reactions to acute and special stress. Cases where symptoms continued after removal of stress were diagnosed as the appropriate subtype of the psychoneurotic disorders” Immaturity reactions-included neurotic-type reactions to routine military stress”*. Ibíd. p. 756

82 Micale, Op. Cit. Jones E, Wessley S, Op. Cit.

por un muy literal agotamiento del combate⁸³. Solo como categoría diagnóstica transitoria dará acceso a unos días de descanso y sedación con el primer nivel de tratamiento de Menninger, que intenta la adaptación y esquivo un licenciamiento rápido para diferenciar la simulación.

Ya al final de la guerra los estudios de Appel⁸⁴ y de Spiegel⁸⁵, que participaron activamente en la campaña de Túnez, elaboran otra normalización del cansancio de los soldados. Los síntomas neuróticos son una consecuencia racional de las condiciones del combate que saturan la capacidad de adaptación del hombre medio⁸⁶. Sin entrar a discutir la reacción transitoria, normalizan la reacción “*in short, it became evident that anybody could develop a psychoneurosis under certain circumstances*”⁸⁷. Lo normal a medio plazo no es adaptarse sino agotarse. La guerra produce diferentes frentes de combate donde luchan divisiones distintas, sometidas a determinado nivel de estrés. Para un observador neutro y cuidadoso, el estudio deja de lado el individuo para centrarse en el valor medio del grupo o comunidad. Se trata de comparar categorías sociológicas y situacionales para encontrar entre ellas discordancias y regularidades que expliquen el cansancio de los soldados.

En agosto de 1944⁸⁸, Appel constata que el pico máximo de eficacia para el hombre medio se produce a los 90 días a partir de los cuales su rendimiento comienza a declinar. A los 200 días, su productividad en el campo de batalla es nula y su única opción de retirada es la muerte o la enfermedad. Aceptar este límite en la vida útil de un soldado es una manera de prevenir la baja psiquiátrica, que, a ojos de Appel y de sus compañeros de combate, funciona no tanto como un signo de adaptación como una solución de compromiso para alejarse del frente.

83 “The word exhaustion was chosen because it conveyed the least implication of mental disturbance and came closest to describing how the patients really felt. *The World War I principles had been rediscovered!*” Glass AJ, Jones FD. Psychiatry in the U.S. Army. Lessons for Community Psychiatry. Bethesda, Md.: Uniformed Services University of the Health Sciences; 2005, p.8. [Texto original 1969].

84 Appel JW, Beebe GW, 1946, Op. Cit. El artículo de JAMA es una reproducción del original “Prevention of Loss of Manpower from Psychiatric Disorders: A Report of the Surgeon General. Special Technical Bulletin. 1944.

85 Spiegel H. Preventive psychiatry with combat troops. Am J Psychiatry 1944 11/01; 101(3):310-315

86 Appel JW, 1966, Op. Cit. p. 389–390.

87 Appel J W y Malcolm J F. Current Trends in Military Neuropsychiatry. Am J Psychiatry 1944 07/01; 101(1):12-19.

88 Appel impulsó y dirigió la división de higiene del ejército norteamericano. Biess F, Gross D. Science and emotions after 1945. 1ª ed. Chicago: University of Chicago Press; 2014.

Appel lleva a la estadística la opinión de consenso que comparte durante su viaje a lo largo del frente Mediterráneo: *“the key to an understanding of the psychiatric problem is the simple fact that the danger of being killed or maimed imposes a strain so great that it causes men to break down (...) There is no such thing as ‘getting used to combat’”*⁸⁹. Se trata de establecer un sistema rotatorio que anticipe lo inevitable y proporcione a los soldados de infantería americana un motivo para continuar luchando. La motivación es el argumento que Appel repite y el eje de los escritos de Spiegel que encuentran que *“morale, leadership, discipline, classification and assignment, and psychiatric casualty incidence were different aspects of the same problem”*⁹⁰. La persuasión y la cohesión grupal determinada por el liderazgo y la identificación con el grupo fortalecen el ego y previenen el agotamiento precoz.

También intervienen los psiquiatras con su tratamiento escalonado cuando el síntoma aparece antes de tiempo, pero la norma reconoce la situación y limita ahora la naturaleza de la neurosis. La oposición al combate queda canalizada a través de los síntomas. Consciente o inconscientemente, ya no revelan un proceso de adaptación o una simulación sino que señalan el límite de la capacidad productiva del soldado, límite cuya aceptación queda supeditada al rendimiento medio en esa situación. Psicólogos y psiquiatras pueden modificar este umbral interviniendo en la comunidad para reasignar tareas, motivar con sus terapias a los que enferman antes de tiempo y educar a los mandos para fomentar la cohesión⁹¹.

Si la alianza se establece con los soldados o las agrupaciones de afectados, la normalización es máxima. Sin hombre medio, la sintomatología informa del punto inevitable de ruptura y se prescinde, hasta donde sea posible, de la elaboración psiquiátrica.

En suma, entre la primera y la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría se aleja del modelo degeneracionista y custodial para aproximarse a un modelo de vulnerabilidad al medio, que se elabora

89 Appel JW, Beebe GW, Op. Cit. p. 1469

90 Spiegel H, Op. Cit. p. 310

91 Herman E. The romance of American psychology. 1ª ed. Berkeley: University of California Press; 1996.

y se expande en torno a los trastornos neuróticos de guerra. Hay un primer desacuerdo con relación al criterio de demarcación, ¿qué es normal y qué es patológico?

Dentro del marco de la adaptación y de la predisposición, la popularización del psicoanálisis en la línea de Menninger dejan de lado lo social y trazan la diferencia por la duración de los síntomas que, conforme avanza la guerra, limitan el proceso de medicalización, separando las neurosis reactivas de las constitucionales.

En la estrategia de Appel y Spiegel prima la reacción del individuo en el contexto y es el valor de la media el que determina la normalización de la respuesta sin significado patológico.

Hay todavía una tercera interpretación, mucho más literaria, la que cierra la secuencia inicial de Let There Be There: *“born and grew in peace, educated to hate war; they were overnight plunged into sudden and terrible situations. Every man has his breaking point, and these, in the fulfillment of their duties as soldiers, were forced beyond the limit of human endurance”*. Para las agrupaciones de veteranos se trata de la guerra a secas. La recuperación para los soldados que vuelven del frente depende en gran medida de su reintegración social, del soporte que se les proporcione y de su imagen colectiva.

Estas tres interpretaciones y su pregunta de fondo, -el papel del contexto/situación: grupo, comunidad o sociedad; o la articulación del modelo biopsicosocial- funcionarán como ejes de los modelos de posguerra de salud mental.

Sea cual sea la explicación, las tres proponen un nivel comunitario de intervención: la educación puede y debe paliar la epidemia de síntomas neuróticos que nos hablan de los efectos patológicos de la industrialización. Antes de que aparezcan los síntomas, el trabajo es en las instituciones de socialización, especialmente en la familia, a fin de evitar el desarrollo traumático. Appel y Spiegel proponen trabajar sobre la cohesión grupal tras cuantificar la desmotivación del hombre medio como factor de riesgo. A partir de sus estudios se formaliza el recambio de tropas, la psicoeducación de los mandos y la reasignación de tareas. Las organizaciones de veteranos reforzaron su presencia en

la comunidad institucionalizándose en torno a esta identidad para conseguir soporte o beneficios colectivos. Posicionadas frente al estado se organizaron en grupos locales de cooperación y autoayuda con mayor o menor sostén económico en función de la fortaleza del primero. En Estados Unidos, la American Legion consiguió beneficios educativos, asistenciales y laborales exclusivos tras forzar la firma de la Servicemen's Readjustment Act. En Occidente, las robustas políticas de bienestar de los estado de posguerra limitaron el papel de las asociaciones al soporte y al refuerzo identitario⁹².

En cualquiera de estas versiones la institución, sus estrategias y sus redes de consolidación y expansión delimitan el modelo asistencial, en el que ahora, al amparo del modelo traumático de las neurosis, toma forma la idea de que el entorno, además de custodiar, puede modular la enfermedad.

En Norteamérica, los fondos federales dan lugar a una desordenada red de atención ambulatoria, si bien la mayor parte del tratamiento sigue dependiendo de la red manicomial. Las excepciones, bien organizadas, continúan confinadas a las clínicas privadas. En el Chesnut Lodge de Sullivan y Reichmann o la clínica de los hermanos Menninger en Topeka se ensayan las lecciones aprendidas durante la guerra. Menninger lo difundía así en el año 47 en el New York Times:

"It's surely reflects that Army's life was difficult (...) and that way of living has not prepared many American youths for such demands. It's probably indicates a critical state of affairs of American family (...) This picture we saw in the army must exist in modified form in civilian life, since our soldiers are primarily civilians".⁹³

En Inglaterra, el modelo a seguir son los formatos comunitarios de Mill Hill y Northfield, que desarrollan los psiquiatras del Maudsley y de la Tavistock Clinic, con el soporte posbélico del Ministerio de Trabajo. Vamos a detenernos brevemente sobre todo en el primer modelo que permite el afianzamiento del modelo comunitario

VI.2. LA PRIMERA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: EL MODELO INGLÉS

Hacia una versión sociológica de la identidad personal.

92 Edgard Jones observa la diferencia y la evolución entre las diferentes asociaciones de usuarios en Edgard Jones, Op. Cit. p. 118.

93 The New York Times. Challenge Ills in neurotic ills. 29 de abril de 1947; p. 23.

“As an integral part of the National Defense the Emergency Medical Service organized by the Ministry of health come into being to provide free medical treatment on a nation wide scale.

The hospital includes centers in which teams of specialist doctors are concentrated in deal with particular problems. They are centers for burns, for injuries to the eyes, to the heart, to the chest (...)

*There are also centers for neurosis”.*⁹⁴

Tres años antes de *Let there be light*, el Ministerio de Información británico encarga la producción de un documental, *Neuropsychiatry*. Michael Hankinson filma en el Mill Hill Hospital el tratamiento, en la unidad del síndrome de esfuerzo. El guión lo escribe el doctor Stephen Ackroyd que se hace con la voz del narrador. Ya desde la secuencia inicial, los intertítulos subrayan una historia de médicos, psicólogos, enfermeras y pacientes en donde los psiquiatras dirigen los métodos de cura. A través de test diagnósticos, narcolepsia, grupos psicoeducativos y rehabilitación recreativa, la cámara avanza con el narrador por las distintas secciones del hospital. Al final del recorrido, como en su homólogo americano, los hombres cruzan la puerta del sanatorio para volver a la sociedad civil.

Edgard Jones⁹⁵ enfatiza la finalidad propagandística de ambos documentales, finalidad con la que concordamos. *Neuropsychiatry* trataba de promocionar la labor de los médicos ingleses en los Estados Unidos, cuyos profesionales, público objetivo de ambos documentales, desconfiaban del rudimentario sistema público Inglés, el Emergency Hospital Service, una estructura organizada con la que el Ministerio de Salud trataba de paliar los efectos de la guerra⁹⁶.

Nosotros queremos destacar también la sobriedad del documental que, a diferencia de *Let there be light*, mucho más expresiva, no da más interpretación de la neurosis que la que se anuncia en la escena inicial. Concordamos con Jones en que la propaganda de la armada británica se ciñe

94 Report from Britain No. 1: *Neuropsychiatry*. Michael Hankinson; 1943. Disponible en: <http://collections.libraries.indiana.edu/IULMIA/items/show/42> (película) [consultado el 25 de febrero de 2017].

95 Jones contrasta los datos estadísticos que se muestran en el documental, rastrea el descontento de los profesionales que no participaron y destaca la desaparición de los paciente más graves, Jones E. *Neuro Psychiatry 1943: The Role of Documentary Film in the Dissemination of Medical Knowledge and Promotion of the U.K. Psychiatric Profession*. *J His Med Allied Sci*. 2014;69(2):294-324. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134695> [consultado el 25 de febrero de 2017].

96 Esta función se destaca como hemos visto al principio del documental. Hasta esa fecha, la asistencia de Beneficencia estaba regulada por la Local Government Act desde 1929. Coexistía con un sistema de seguros laborales y con la asistencia privada. Al inicio de la guerra el Ministerio de Salud se hace cargo de la atención médica que pasa a ser gratuita. Los hospitales y dispensarios se redistribuyen por sectores.

estrictamente a una representación y a un contenido médico, a ratos excesivamente forzado⁹⁷. No obstante, en su referente, más o menos exagerado, encontramos la reformulación asistencial de la psiquiatría durante la guerra, que en Inglaterra se va a desarrollar en los servicios de higiene industrial y rehabilitación.

Al principio de la guerra, los ingleses, al igual que los americanos, confiaban en que el proceso previo de selección evitaría la mayor parte de los trastornos en el frente. Más próximos a las zonas de combate que sus colegas estadounidenses, pensaban que los reducidos casos que pudieran surgir podrían ser trasladados y atendidos en los hospitales militares y civiles del país.

Los ataques aéreos forzaron el cierre del Maudsley Hospital. Más por una anticipación a los problemas de nervios entre la población civil que por esperar un alto número de bajas en el frente, el gobierno británico dispuso la apertura de dos centros neuropsiquiátricos de emergencia.

A Aubrey Lewis, Eric Guttman y Maxwell Jones, con un interés común en la terapia ocupacional e individual, se les encargó organizar la asistencia en uno de estos centros, el Mil Hill Hospital, una antigua escuela reconvertida en hospital neuropsiquiátrico al norte de Londres. Allí se instaló la unidad del *síndrome de esfuerzo*, diagnóstico que había coexistido con el *shell shock* en la Primera Guerra sin llegar a alcanzar su grado de popularidad. Como el *shell shock*, el *síndrome de esfuerzo* reunía también un conjunto flexible e inexplicable de síntomas cardíacos, pero en este caso la sintomatología no se vinculaba a los efectos de los proyectiles, sino a mínimos esfuerzos que desencadenaban o aumentaban la sintomatología de base⁹⁸.

97 Este, según señala Jones, es el tono de los restantes documentales de guerra. Dos británicos, Field Psychiatry for the General Medical Office ,(Combat Exhaustion en US) Film N° 1167. California: Motion Media Records Center, Norton AFB; y The new Lot. Film N° 1133. California: Carol Reed. USAF Motion Media Records Center, Norton AFB. Dentro de la serie de la US army Professional Medical Film figura además Introduction to combat fatigue, Training Film n° 1402. California: USAF Motion Media Records Center, Norton AFB; 1944. Disponible en: <https://archive.org/details/gov.archives.arc.35906> [consultado el 25 de febrero de 2017].

98 Su correlación con la fatiga de combate americana es obvia. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. Phil. Trans. R. Soc. B. (2006) 361, 533–542.

Lewis T. The soldier's heart and the effort syndrome. London: Shaw and Son; 1918. Disponible en: <https://archive.org/details/soldiershearteff00lewiuoft>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

Paul Wood lo considera sinónimo del síndrome de Costa, uno de los primeros síndromes de guerra descrito por este médico durante la guerra civil americana. Wood P. Da Costa's Syndrome (or Effort Syndrome). Lecture I. Br Med J. 1941;1(4194):767-772. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2161922/> [consultado el 25 de febrero de 2017]

Antes de la formalización del *agotamiento del combate* en el frente norteafricano y Mediterráneo, Aubrey Lewis retomó esta categoría y encargó al cardiólogo Paul Wood y a Maxwell Jones ocuparse de su investigación y tratamiento. Al principio de la guerra, cuando todavía no se habían recuperado los principios de asistencia de Salmon y Myers en el frente, la explicación y el tratamiento de las neurosis de guerra en Mill Hill se convierten en el modelo de referencia terapéutico durante la Segunda Guerra mundial.

El trabajo de Wood en la unidad consiste en detectar un patrón fisiológico característico que permita definir la nueva enfermedad conforme a los modelos médicos existentes. El esquema común que describe es la reacción emocional propia de la psiconeurosis, resultado de la interpretación errónea de la sintomatología⁹⁹ que remite en último término a los antecedentes familiares y somáticos.

También los médicos británicos tratan de ligar, para ciertas patologías, las viejas debilidades constitucionales puramente fisiológicas a los procesos psicológicos para resolver las dicotomías situación-enfermedad y mente-cuerpo a favor de los dos últimos. Como sus colegas americanos aceptan la explicación traumática de los patrones sintomáticos móviles e inexplicables¹⁰⁰

*“Taking one’s standpoint on the indivisibility of mental and physical happenings, and on the indivisibility of mental disorder, whether for convenience it be called neurosis or psychosis, it is plain that the discovery of metabolic or other “physiological disturbances of function” does not prevent us from regarding an illness as predominantly a mental disorder; any more than a post-encephalitic, post-traumatic, or post-paretic behaviour disorder ceases to be a mental illness, because of its physical substrate”.*¹⁰¹

La enfermedad es una tendencia constitucional e irreversible que limita la formación de nuevos hábitos o la capacidad de adaptación. Tal y como se caricaturiza en *Neuropsychiatry*, la interpretación prioriza el modelo médico sobre el psicológico.

99 Wood, P. A etiology of Da Costa’s Syndrome, Br Med J 1 (845): 845-851. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2162062/> [consultado el 25 de febrero de 2017]

Wood P. Da Costa’s Syndrome (or Effort Syndrome), The Mechanism of the Somatic Manifestations. Br Med J. 1941; 805 - 811.

100 Miller, ‘The Mind and Stomach at War: Stress and Abdominal Illness in Britain c. 1939–1945’, Med. Hist. 2010 Jan.;54(1):95-110. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793144/>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

Jones E. Wessely S. War syndromes: the impact of culture on medically unexplained symptoms. Med. Hist. 2005, 49 (1): 55–78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088250/> [consultado el 25 de febrero de 2017]

101 Lewis A. Psychiatric Aspects of Effort Syndrome: (Section of Psychiatry). Proceedings of the Royal Society of Medicine. Proc. R. Soc. Med. 1941 Jun.; 34(8): 533–540. P. 533 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19992360> [consultado el 25 de febrero de 2017]

Wood parte de Cannon para fundamentar el tratamiento precoz del síndrome de esfuerzo:

“Every time the nerve impulses traverse a given course they make easier the passage of later impulses”¹⁰².

Al principio de la guerra, como en los Estados Unidos, la unidad funciona más como un centro de clasificación, segregación y reasignación de tareas que como centro de rehabilitación. A medida que la atención en el frente se desplaza a los hospitales de campaña, la asistencia se centra en la patología de larga evolución.

Es aquí donde Jones, que apenas observa cambios con la terapia ocupacional, comienza a modelar un nuevo tipo de tratamiento. Jones explica los síntomas desde el automatismo -la expresión fisiológica de la emoción de Wood- y la simulación. Desde tal explicación, la plasticidad del modelo traumático y en vista de la escasa rentabilidad de la terapia individual, decide comenzar un tratamiento de grupo.

Frente al automatismo, un error de interpretación, propone una actividad psicoeducativa con la que intenta que los pacientes acepten la explicación del desequilibrio neurobiológico de Cannon. Busca crear un sentimiento de pertenencia que facilite la responsabilidad del individuo con relación al grupo -aceptación de la guerra sobre los riesgos políticos de la ocupación para tomar conciencia-¹⁰³.

A lo largo de la guerra Jones continúa potenciando ambas perspectivas de tratamiento, educación y aceptación, que entiende como fuentes de un mayor conocimiento de uno mismo. Estructura el grupo desde una exposición teórica que se cierra con una discusión en la que Jones y sus pacientes elaboran un modelo explicativo de la sintomatología neurótica. El psiquiatra actúa como moderador y, poco a poco, la exposición pierde el espacio que gana el debate. Jones nos deja una pequeña muestra de estos temas y de estas discusiones al escribir en el año 53 sobre el tratamiento en el Mill Hill¹⁰⁴

102 Wood P, Op. Cit p. 849

103 Jones M. Group psychotherapy; Br Med J; 1942, 2.276-278

104 Jones M. The therapeutic community. 1ª ed. New York: Basic Books; 1953; p. 34. [Publicado en Inglaterra con el título de Social Psychiatry.]

“The explosion has disturbed the external harmony. Suppose you are walking down the street and a car back-fires or a child is run over -you get disharmony, a state of mental conflict which upsets you, makes you turn pale and so on. Changes occur in the involuntary nervous system which make you nervous and you may remain in that state for the rest of the day.

A patient: How can counteract that?

You can't. It is perfectly natural. We are working through from the normal to the abnormal”.

Cuando en ese año Jones escribe *The Therapeutic Community*, resume en el libro los principios y las técnicas del tratamiento que ha ido desarrollando. En los últimos años de la guerra, introduce una variante grupal del psicodrama de Moreno. Entiende que la solución del grupo a los problemas individuales modifica las dificultades emocionales originales al discutir públicamente el problema y enseñar al implicado diferentes puntos de vista¹⁰⁵.

Tras la guerra, Jones se lleva su programa psicoeducativo a otra unidad de rehabilitación psíquica para excombatientes, el Hospital de Dartford. Con la financiación del Ministerio de Sanidad y Trabajo, el soporte legal de la ley de discapacidad del 44¹⁰⁶ y la convicción de estar tratando con hombres normales sometidos a circunstancias anormales, divide la unidad en pequeños bloques¹⁰⁷. En cada uno de ellos trata de reproducir una sociedad idealizada que facilite una readaptación progresiva de los soldados. Si en Mill Hill Jones añadió la perspectiva del grupo y el rol maternal de las enfermeras, en Dartford introduce la rehabilitación laboral y mantiene la selección vocacional.

En una situación de pleno empleo, los héroes de guerra se reincorporan gradualmente con la colaboración de los empresarios locales, los funcionarios de rehabilitación de la sección de discapacidades del ministerio y el equipo médico social, que constaba de seis médicos, cincuenta enfermeras, un psicólogo, un trabajador social y un terapeuta ocupacional.

Los resultados laborales obtenidos por Jones¹⁰⁸ y la experiencia en rehabilitación laboral de

105 Jones M. Group treatment, with particular reference to group projection methods. Am J Psychiatry. 1944; 101(3): 292 -299.

106 Disabled Persons (Employment) Act 1944. Legislation.gov.uk. 2017 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/7-8/10/contents> [consultado el 25 de febrero de 2017]

107 Jones M. Rehabilitation of forces neurosis patients to civilian life. Br Med J. 1946; 1: 533 - 545.

108 Estos resultados mejoran los obtenidos previamente en Mill Hill y posteriormente en Belmont y son similares a los

los centros de reasentamiento de militares retornados, facilitan la financiación pública de una nueva unidad para la población civil. Se abre al sur de Londres en el Sutton Emergency Hospital, más adelante Belmont Hospital¹⁰⁹. En abril de 1947, se instalan allí 100 camas destinadas al tratamiento de neuróticos crónicos.

Como en Dartford, la organización del hospital trata de imitar la sociedad exterior, con el objetivo de adaptarse a ella y facilitar la reincorporación laboral. Adaptarse a la comunidad significa asumir la perspectiva del grupo asumiendo un rol social y evitando las actitudes antisociales -drogadicción, delincuencia, prostitución o reacciones de desajuste-, que Jones liga ya en último término a una educación sentimental fallida durante la primera infancia:

“Our patients represent the ‘failures’ in society; they come largely from broken homes and are unemployed; inevitably they have developed anti social attitudes in an attempt to defend themselves from what appears to them as a hostile environment”¹¹⁰

A la explicación psicológica del trastorno mental -error de interpretación- se une la sociológica, con la familia como unidad central. El síntoma, que revelaba un problema de educación en la primera infancia, señala en el paciente la resistencia frente a un ambiente hostil, resistencia que ya en su vida adulta le impide asumir su participación social. La situación, como ambiente próximo o como comunidad, es introyectada o absorbida por el individuo fortaleciendo o perjudicando el ego del paciente y su capacidad de adaptación¹¹¹. El trabajo del equipo médico-social es contrarrestar la imagen distorsionada aprendida para evitar el mecanismo de defensa, que a fin de cuentas limita la capacidad funcional. Como en el frente se trata de adaptarse a la situación que desencadena directa o

que se informan desde los centros de readaptación. Se realizó una evaluación de 100 de los 300 participantes entre tres y seis meses después del alta hospitalaria. Sin tener en cuenta los sesgos del estudio, se observó recuperación completa en el 22%, mejoría en el 66% y ausencia de mejoría en un 12%. El 92% tenía trabajo frente al 8% que no lo mantuvo o no lo encontró. No se realizaron estudios de seguimientos posteriores. Jones, M, 1953, Op.Cit. p. 113 et seq.

109 Más adelante volvería a cambiar su nombre por el de Henderson Hospital. El hospital era complementario al del Mill Hill. Se abrió como este tras el cierre del Maudsley. Hilton C. Mill Hill Emergency Hospital: 1939- 1945. Psych Bull; 2006, 30: 106-108.

110 Jones M, 1953, Op. Cit. p. 22.

111 *“The constant discussion of problems, and the learning of new social techniques (e.g. dancing), together with the support derived from being a member of the Unit, all have an ego-strengthening effect. In a way, the culture of the whole group is absorbed into each individual patient (introjected), and appears to stay with many as a strengthening framework to their personalities.”* Ibid. p. 46

indirectamente la sintomatología, que es ahora la lucha por la vida cotidiana.

Como en el manicomio se trata de representar, construir y mantener una estructura social bien definida, pero ahora se busca el cambio, desarrollar un proceso de reeducación emocional que permita relacionarse y salir de nuevo al exterior. El equipo médico social desarrolla en Belmont los principios terapéuticos del tratamiento precoz y las técnicas experimentadas en las unidades anteriores, Mill Hill y Dartford. Estas técnicas son principalmente disciplinarias y pedagógicas y su unidad mínima de aplicación es el grupo.

El tratamiento dura tres o cuatro meses. Todo el día está organizado y el horario imita el que se entiende como cotidiano, comidas, trabajo y ocio. Se participa en las sesiones de grupo, en los talleres laborales o se acude al centro de trabajo. En la unidad, se prefieren las relaciones horizontales, la dramatización y la discusión asamblearia, si bien la última palabra queda en boca del psiquiatra y de su equipo, cuyos componentes asumen diferentes funciones con sus correspondientes cuotas de autoridad. Dentro de esta jerarquía, el objetivo es que la comunidad proporcione un rol participativo -social y laboral- a los pacientes desocializados.

Lo que interesa ya no es el recogimiento manicomial, sino la comunidad amable y locuaz de la que da cuenta el equipo terapéutico, antiguos pacientes incluidos, en la que se pueda aprender a afrontar las dificultades emocionales¹¹². Aquellos que asimilan con mayor facilidad los modelos explicativos que la comunidad ofrece, forman un grupo diferente cuyos componentes funcionarán más tarde como catalizadores en el grupo general. La función fundamental de este último grupo es reflejar y recrear los conflictos y las dudas de la vida cotidiana para poder afrontarlos conjuntamente.

A Belmont se unen otras doce unidades en las principales ciudades del país. En estas comunidades terapéuticas confluyen las elaboraciones teóricas y los experimentos terapéuticos de la primera mitad del siglo pasado. La explicación biopsicosocial de la neurosis limita la enfermedad al individuo que reacciona a su entorno -la familia- con mecanismos de defensa psicológicos

112 *“It might be said that the more the patient culture approximates to the Unit culture, as represented by the staff, the greater will be our effectiveness in treating new patients.” Ibid.p 68.*

y antisociales. La neurosis se asocia a una falta de consciencia, un error de interpretación y a un movimiento automático cuya duración, intensidad y limitación social delimitan el continuo entre salud y enfermedad.

La fisiología de la emoción de Cannon habla a favor de este continuo, ya sea producto de una alteración constitucional o la traducción biológica de unos mecanismos de defensa que funcionan como engranaje entre el individuo y su familia. Es posible intervenir sobre cualquiera de estos tres elementos -sedación, terapia individual o tratamiento comunitario- para modificar la reacción neurótica.

En tanto producto social y reacción automática la conducta antisocial se sitúa al mismo nivel que la reacción neurótica, aunque añade un grado de peligrosidad y oposición que implica la involuntariedad de la tutela. De la misma manera que es posible conseguir la rehabilitación laboral de las personas neuróticas es posible lograr la rehabilitación de las personalidades antisociales¹¹³.

*“The important point is that the British have embarked on a course of action which means the bringing together of sociopaths from both psychiatric and legal referral channels and indicating that their requirements call for further research and special centers to meet the particular needs of this type patient. It remains to be seen what will actually be accomplished”*¹¹⁴.

Además de anticiparse a la cronificación de los síntomas, es posible prevenir su aparición interviniendo en las familias y en las comunidades que los producen. Jones contempla la intervención en domicilio para detectar los casos que permanecen en la sombra, origen de futuras psicopatías. Propone una labor de supervisión y educación siguiendo el modelo desarrollado por las Family Service Unit¹¹⁵ y los Amsterdam Municipal Health Services. La otra cara de la explicación sociológica de los síntomas mentales sigue siendo la explicación médica de las patologías sociales.

“Public health was once primarily concerned with the epidemiology of infectious

113 “In conclusion we feel that this study has demonstrated the possibilities of treatment with patients who were generally regarded as being both untreatable and unemployable.” Ibid. p. 190

114 Jones M. Society and the sociopath. Am J Psychiatry. 1962;119:410-4

115 Estas unidades comienzan a trabajar con familias pobres durante la postguerra y mantienen su programa psicoeducativo sobre modelos de familia ejemplares.

Starkey P. The feckless mother: women, poverty and social workers in wartime and post-war england. Women’s History Review. 2000;9(3):539-557.

diseases and has now moved much closer to the field of social. In the same way, it would seem that psychiatry has to concern itself with the problems of the sociopath, the alcoholic, the criminal, the work shy and so on but cannot hope to do this adequately unless there is the closest liaison with the other disciplines"¹¹⁶.

Queremos acabar este apartado con una alternativa al modelo de Maxwell Jones, el que plantean Wilfred Bion y John Rickman en el año 42. La idea de que confrontar al enemigo es más eficaz que huir de él¹¹⁷ cristalizó antes en el hospital militar de Hollymoor en Northfield¹¹⁸ que en el Mill Hill de Jones. Vinculados con la corriente psicoanalítica de la Tavistock clinic, ambos médicos se hacen cargo allí de la unidad de neurosis.

Rickman procedía del Wharnclyff Hospital, un hospital civil que prestaba atención a militares. Constaba de un servicio de rehabilitación cuyo fondo lo constituían la teoría del campo de Kurt Lewin, el *koljos* y los modelos de liderazgo. Bion, veterano de la Primera Guerra, se encargaba del proceso de selección previa, en base tanto a pruebas psicológicas como a grupos de discusión sin líder¹¹⁹. Rickman psicoanalizaba a Bion y ambos habían planificado un proyecto de tratamiento comunitario que inician cuando se les da la oportunidad de hacerse cargo de la unidad de neurosis de Hollymoor.

Allí, el problema de la autoridad de los mandos se plantea como un problema de responsabilidad grupal. Si la clínica neurótica implica una regresión o fijación a un estadio anterior del desarrollo, la dejación de tareas y el alejamiento del frente, la responsabilidad de la cura situada sobre el personal sanitario, apoyan esa regresión.

La división de tareas de la relación médico enfermo desaparece para devolver el problema

116 *"Public health was once primarily concerned with the epidemiology of infectious diseases and has now moved much closer to the field of social. In the same way, it would seem that psychiatry has to concern itself with the problems of the sociopath, the alcoholic, the criminal, the work shy and so on but cannot hope to do this adequately unless there is the closest liaison with the other disciplines"*. Jones, M. *Ibíd.* p 410

117 *"As soon as a sufficient number of patients had in this way been persuaded to face their enemy instead of running away from it, a daily meeting of half-an-hour was arranged for the whole TW consisting of between 100 and 200 men"*. Bion, W.R. The Leaderless Group Project. *Bulletin of the Menninger Clinic.* 1943; 10:77-81. Citado en: Bridger H. *The Discovery of the Therapeutic Community: The Northfield Experiments.* Trist E, Murray H, Trist B. *The Social Engagement of Social Science, Volume 1: A Tavistock Anthology: The Socio-Psychological Perspective.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1990. p. 70.

118 Bion W. y Rickman J. Intragroup Tensions in Therapy: Their Study as the Task of the Group. *The Lancet.* 1943;242(6274):678-682.

119 King P y Steiner R. *No ordinary psychoanalyst.* London: Karnac Books; 2003.

de la neurosis al grupo. Rickman y Bion esperan reproducir en su unidad los mismos problemas que aparecieron en el frente, a fin de que el grupo encuentre sus propias soluciones. El centro médico parte de una metáfora común y funciona como una unidad de entrenamiento en la que la neurosis es el enemigo a batir, enemigo que consideran fundamental para conseguir la cohesión de los miembros de la unidad.

“But how was the group to be persuaded to tackle neurotic disability as a communal problem?”¹²⁰

Con este objetivo, la única regla en la unidad es que toda actividad se realice en grupo. Como en la guerra, aquel que no quiera participar puede retirarse al área de descanso, pero no hay coacción, solo la discusión del grupo. Con el fin de aislar y analizar las relaciones interpersonales, la creación, la elección y la estructura del grupo son totalmente flexibles. No hay liderazgos predefinidos en la unidad y el personal sanitario se limita a asistir a la reunión diaria de discusión de problemas.

“The effect of this approach to the problem of neurosis was considerable. There was a readiness; and at times an eagerness; to discuss both in public and in private the social implications of personality problems. The neurotic is commonly regarded as being self-centred and averse from cooperative endeavour ;but perhaps this is because he is seldom put in an environment in which every member is on the same footing as regards interpersonal relationships”.¹²¹

La falta de disciplina que percibe el resto del hospital pone fin de manera brusca a la comunidad de Hollymoor, que solo sobrevivió seis semanas¹²². Todavía se puso en marcha un segundo experimento, ya mucho más similar al de Jones, el de Tom Maine, que trabajaría más tarde en el Cassel Hospital, lo que añadirá nuevas técnicas a sus comunidades civiles.

La devolución de la responsabilidad y la rehabilitación recreativa de los experimentos posteriores pasarán a formar parte del modelo comunitario de Jones. Una vez acabada la guerra, ya en la sociedad civil, el problema de la responsabilidad replanteará la función y la relación del psiquiatra y del equipo médico social en la comunidad.

120 Bion, Rickman, Op. Cit. p. 678.

121 Ibíd. p. 680

122 Jones E, Wessely S, Op. Cit. p. 57-88

Por tanto, ni la comunidad terapéutica ni la terapia de grupo fueron desarrollos de Jones. El propio Jones hace referencia a las unidades infanto-juveniles de tratamiento de las conductas desviadas. Cita el tratamiento grupal de Bierer, que en el Runwell Hospital de Viena opone el tratamiento situacional al institucional¹²³.

La idea de que al licenciamiento, o al aislamiento asilar, hay que oponer un afrontamiento que incluya la perspectiva del grupo cristaliza en los círculos de discusión, y en el club social de este hospital público. La idea de que al castigo físico o moral hay que oponer, como en el frente, la aceptación y discusión de las tensiones colectivas cristaliza en la participación activa del Cassel Hospital de Londres, en donde Tom Main se inspiró en el modelo terapéutico de Bion.

Todos ellos se encontraron primero en el frente y fueron, después, referentes de Jones. Sin embargo es él quien sistematiza las diferentes actividades grupales en un tratamiento coherente con la financiación institucional disponible y los intereses profesionales de posguerra.

En definitiva, la psiquiatría de posguerra, al hilo de los trastornos neuróticos traumáticos, redescubre la comunidad como unidad independiente de investigación y tratamiento, comunidad que engloba lo social y queda reducida a las relaciones que se establecen en el entorno más inmediato al paciente.

El síntoma ya no habla de una conducta viciada o peligrosa sino de la educación durante la primera infancia. Es posible revertirlo en un ambiente con la estructura y las relaciones apropiadas, una comunidad democrática participativa con referentes familiares idealizados.

Entre la sedación de los hospitales mentales y la psicoterapia analítica de las clínicas privadas, se sitúa la comunidad médico terapéutica. A la familia original se opone una comunidad de regulación asamblearia, que emplea además en el grupo técnicas disciplinarias, persuasivas y pedagógicas, con roles muy establecidos y sobre un modelo de sociedad muy estructurado.

El paciente es, de entrada, una víctima a tutelar para adaptarse de forma activa a la comunidad.

123 Bierer, J. Group Psychotherapy. Br Med J, 1942, feb. 214-217. Psychotherapy in Mental Hospital Practice, The Br J Psychiatry Sep. 1940, 86 (364) 928-952

La persistencia del síntoma habla en contra del paciente al volver de nuevo sobre la incurabilidad de su enfermedad y las clasificaciones manicomiales. Las estadísticas muestran una buena recuperación funcional, que es aprovechada por la psiquiatría angloamericana de posguerra para iniciar una renovación del tratamiento.

Los efectos beneficiosos de esta comunidad unida, asamblearia, ilustrada y normativizada, renuevan la actividad de los psiquiatras en el exterior. Además de buscar el reconocimiento de los automatismos médicos y psicológicos en el ámbito legal, los psiquiatras van a tratarlos en sus comunidades de origen y a prevenirlos en las instituciones que las continúan o que las sustituyen, la familia, la prisión y la escuela. La evolución de estos contenidos durante los años 50 y 60 puede seguirse a través de los informes del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

VI.3. LOS INFORMES DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS.

La institucionalización del modelo comunitario.

En 1946 se celebró en Nueva York la Conferencia Internacional de Salud en la que se aprobó la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de “*alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud*”¹²⁴. Impulsada por Francia, Reino Unido, Estados Unidos y Yugoslavia, la nueva institución trata de aglutinar las distintas organizaciones supranacionales anteriores a la guerra¹²⁵.

Entre ellas, la institución más relevante es la Office International d’Hygiene Publique (OIHP), encargada hasta la fecha de coordinar las labores de prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles. Añadía a esta tarea el estudio de los efectos de la alimentación, la higiene industrial,

124 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Who.int. 1948 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/> [consultado el 25 de febrero de 2017]

125 Confluyen en la OMS distintas agencias internacionales y regionales: Oficina Sanitaria Panamericana, el Office international d’Hygiene Publique, la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y la UNRRA. Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. 1ª ed. Ginebra: World Health Organization, Palais des Nations; 1958. Disponible en <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/39275> [consultado el 25 de febrero de 2017]
Las instituciones, fundaciones y convenios internacionales anteriores pueden consultarse en Barona J, Bernabeu Mestre J. La salud y el Estado. Valencia: PUV; 2008.

urbana, rural y escolar así como la construcción y administración de hospitales.

Toda esta labor preventiva va a ser asumida por la nueva institución que realizará también actividades formativas, continuará la estandarización de parámetros biológicos y elaborará una nomenclatura consensuada para clasificar enfermedades, traumatismos y causas de defunción¹²⁶.

Aunque no llega a fusionarse con el Comité Internacional de Higiene Mental (CIHM), la nueva organización sanitaria asumió gran parte de sus funciones. 1948 fue un año relevante para ambas instituciones. Si en junio se celebraba la primera Asamblea Mundial de la Salud, en agosto se convocaba el primer Congreso Internacional de Salud Mental. Si en Ginebra se cerraba el proceso de constitución de la OMS, en Londres, el antiguo Comité se disolvía en la nueva Federación Mundial de Salud Mental¹²⁷.

Vinculadas entre sí a través del primer director general de la OMS, Brock Chisholm, antiguo psiquiatra e higienista, ambas instituciones se sitúan en la estela de las propuestas de intervención comunitaria de principios del siglo pasado¹²⁸. Para Chisholm la guerra es el signo de una neurosis colectiva cuya reaparición hay que prevenir reduciendo las tensiones comunitarias¹²⁹.

Aun sin consenso sobre el papel del medio y el peso de la predisposición, la psiquiatría institucional de postguerra se acoge a la propuesta Chisholm. Acepta la relación entre entorno y síntomas mentales, y opta antes por implicarse en tareas de promoción de salud que en el estudio del

126 Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. 1ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1950.

127 Se trata en realidad del tercer congreso internacional de higiene mental, aunque es el primero que se convoca bajo la denominación de salud mental. Bertolote J. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*. 2008; 7:113-116.

128 El primer número de *Mental Hygiene* contiene numerosos ejemplos y argumentos que apoyan la función social de la psiquiatría. Entre otros, Stewart Paton afirmaba en *Mobilizing the Brains of the Nation* que “*cambiar los hábitos propios de pensamiento y acción no es una tarea sencilla, pero cambiar los de una nación es una tarea ingente cuyas consecuencias últimas son impredecibles*”. Paton S. *Mobilizing the Brains of the Nation*. *Mental Hygiene*, volumen 1, 1917, 335.

La relación entre Chisholm y el CIHM está documentada en Yi-Juy Wu H. World citizenship and the emergence of the social psychiatry project of the World Health Organization, 1948-c.1965. *History of Psychiatry*. 2015 Jun.; 26(2):166-81 y en Lovell A. The World Health Organization and the contested beginnings of psychiatric epidemiology as an international discipline: one rope, many strands. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(suppl. 1):i6-i18.

129 Lunbeck E. The Tunisian Campaign, War Neuroses, and the Reorientation of American Psychiatry During World War II. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19:313–320.

trastorno mental individual.

Para la OMS de los diez primeros años, la unidad de estudio es una comunidad que se analiza desde el binomio salud/enfermedad sobre el fondo de una sociedad universal e ideal en cuya construcción debían implicarse los psiquiatras, un elemento de estabilidad.

Se trata de trasladar las novedades asistenciales de la Segunda Guerra Mundial al resto de la sociedad para hacerla funcionar como una comunidad terapéutica.

Si en la comunidad de Jones se atendía y se estudiaba el efecto terapéutico y patológico del entorno más inmediato -la dinámica del grupo y su relación con la propia comunidad-, la OMS, en sintonía con la preocupación por la infancia del periodo, va a localizar el origen de los síntomas en la relación maternofilial. La higiene materno-infantil se sitúa entre las prioridades absolutas de la organización¹³⁰.

El alcoholismo, la prevención del delito y el tratamiento del delincuente, en tanto desviaciones sociales, se conservan también como comportamientos patológicos quedando incorporados como temas relevantes. En esa lista de prioridades, el penúltimo y quinto lugar -por detrás de la administración sanitaria, las parasitosis y las viriasis- es para la salud mental, término que coexistió con el de higiene en los primeros años del Comité.

La estructura orgánica de la OMS contaba con un consejo ejecutivo y una secretaría que organizaban los temas y las propuestas a presentar en la asamblea anual en la que tienen derecho a voto todos los países miembros. Para formar parte de la institución hay que pertenecer a las Naciones Unidas y contribuir a su mantenimiento, principal fuente de financiación. Las recomendaciones de la institución no tienen un valor vinculante, aunque los estados la reconocen como referente en la organización de su política sanitaria nacional.

Además, la OMS diseña y apoya programas específicos, realiza investigaciones en materia de

130 El paludismo, la higiene materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la nutrición y el saneamiento del medio constituyeron un grupo de “prioridad absoluta” *Organización Mundial de la Salud. OMS. Los primeros diez años de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra: OMS; 1958. p. 81

salud pública, imparte formación a través de cursos, seminarios y becas de estudios y organiza una red de publicaciones: a los códigos, estadísticas sanitarias e informaciones epidemiológicas añade una publicación mensual, el boletín de la Organización Mundial de la Salud y los informes técnicos¹³¹ de otra de las herramientas de la organización, el Comité de Expertos.

Para recorrer los contenidos institucionales de la psiquiatría de los 50 y 60 vamos a revisar los informes del Comité de Expertos de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dada la labor de coordinación, estandarización y promoción de salud de la OMS, estos informes nos parecen representativos de los modelos psicoeducativos y administrativos de la psiquiatría de postguerra¹³².

El Comité se reunió por primera vez en el año 1949 y continuó emitiendo informes hasta el año 74, si bien concentró la mayor parte de su actividad en las décadas de los 50 y 60. De composición variable, formaron parte del Comité unas 100 personas, la mayor parte de ellas psiquiatras con leve sobrerrepresentación de los países anglosajones.

Las recomendaciones del Comité fueron en nuestro país¹³³ uno de los argumentos más constantes tanto en las protestas médicas del tardofranquismo como en los monográficos del PANAP¹³⁴. No nos vamos a detener en los pormenores de la selección y composición del Comité. Tampoco vamos a analizar la elaboración de contenidos, los referentes médicos y psicosociales contextuales y

131 Informes técnicos. Disponibles en: http://who.int/biologicals/technical_report_series/en/ [consultado el 25 de febrero de 2017]

132 Ballester, R. Los informes de los Comités de Expertos de las organizaciones sanitarias internacionales como fuentes para el estudio de las políticas sanitaria y los problemas de salud pública en contextos locales (1948-1978). En: Porras Gallo M. La Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias. 1ª ed. Ciudad Real: SEHM. 2011; p 195-224.

133 España fue admitida en la OMS en el año 51, tras un tiempo como país observador. La relación del país con la OMS se pueden seguir en los Official Reports de cada una de las asambleas mundiales. Por ejemplo en el año 55 se constata la existencia de un programa de consulta, becas y financiación para la asistencia maternoinfantil y de 6 becas para la salud mental. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de programa y de presupuesto para el ejercicio financiero 1 de enero - 31 de diciembre 1957 y proyecto de programa y plan de gastos con cargo a la asistencia técnica para el desarrollo económico de los países insuficientemente desarrollados. Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud nº 66. Ginebra: OMS, 1956. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/94601> [consultado el 25 de febrero de 2017].

134 Serigó Segarra A. Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica; 1969.

la difusión o alcance práctico de los informes¹³⁵.

En esta introducción nos interesa especialmente como cristalizan a nivel oficial los cambios posbélicos, especialmente el consenso teórico que soporta la práctica comunitaria, junto con la relación de esta comunidad con el individuo y la estructura social. Estaremos atentos a las variaciones que modifican el contenido a lo largo de los informes.

En el capítulo anterior subrayamos las dificultades del modelo a ojos de la crítica de los 60. Por las mismas razones, queremos mantener aquí la misma perspectiva, a la vez que esquematizamos el modelo de enfermedad y de cura dominante en el periodo.

Si en los dos primeros informes el Comité definió sus funciones y prioridades¹³⁶, en el tercero¹³⁷ se centró en la organización de la asistencia. Retomó este tema en el quinto informe¹³⁸ y revisó las actitudes de la comunidad en el séptimo informe¹³⁹, con el que se cerró la década de los 50. En estos diez primeros años, se trató además el problema de la legislación en el cuarto informe¹⁴⁰

135 Sobre la aplicación del modelo epidemiológico a la salud mental en la década de los 50, se pueden consultar los artículos ya citados de Ann Lovell y Harry Yi Jui Wu. El modelo de las enfermedades carenciales se aplicó según Eduardo Duniel y Mical Raz a la teoría del apego de Bolwy, concretamente para describir la relación materno filial y las consecuencias de su ausencia, Duniec E, Raz M. Vitamins for the soul: John Bowlby's thesis of maternal deprivation, biomedical metaphors and the deficiency model of disease. *Hist. Psychiatr.* . 2011 Mar;22(85 Pt 1):93-107.

No hemos encontrado más bibliografía sobre los referentes médicos o psicosociales del Comité. El inventario de los archivos de la OMS puede consultarse en: WHO | List of fonds. Who.int. 2017. Disponible en: http://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/en/ [consultado el 25 de febrero de 2017].

136 Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la primera reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OPS, 1950. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170168> [consultado el 25 de febrero de 2017].

World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the first session. Technical Report Series N° 9. Geneva: WHO, 1950. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37979>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 31. Ginebra: OMS, 1951. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>. [consultado el 25 de febrero de 2017].

World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the second session. Technical Report Series N° 9. Geneva: WHO, 1951. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37982> [consultado el 25 de febrero de 2017].

137 World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the third session. Technical Report Series N° 73. Geneva: WHO, 1953. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37984> [consultado el 25 de febrero de 2017].

138 Organización Mundial de la Salud. El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental : quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 134. Ginebra: OMS, 1957. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38069> [consultado el 25 de febrero de 2017].

139 Organización Mundial de la Salud. Psiquiatría social y actitudes de la colectividad :séptimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental Serie de Informes Técnicos. No. 177. Ginebra: OMS, 1959. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38027> [consultado el 25 de febrero de 2017].

140 Organización Mundial de la Salud. Legislación en materia de asistencia psiquiátrica: cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 98. Ginebra: OMS, 1955. Disponible en <http://apps.who.int/>

y el envejecimiento en el sexto¹⁴¹. El Comité impulsó también la publicación de dos monografías dedicadas a la delincuencia juvenil¹⁴² y a los cuidados maternos¹⁴³ escritas por Bovet y Bowlby, dos de sus miembros. Por último, en estos primeros diez años se aprobó un subcomité de alcoholismo que redactó sus propias publicaciones¹⁴⁴.

La década siguiente se abrió con el octavo informe, dedicado a la epidemiología de los trastornos mentales¹⁴⁵. Dos años más tarde, el décimo se detenía en los programas de higiene mental¹⁴⁶. Entremedias, el noveno informe revisó la enseñanza de esta materia durante el periodo formativo de los médicos¹⁴⁷ y el undécimo señalaría el papel de la medicina general en las medidas prevención¹⁴⁸.

La formación de los psiquiatras se trató en el informe número 12¹⁴⁹. Los tres últimos dosieres de los 60 se dedicaron a patologías concretas: los trastornos psicossomáticos¹⁵⁰, la atención en

iris/handle/10665/38088 [consultado el 25 de febrero de 2017]

141 Organización Mundial de la Salud. Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez: sexto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 171. Ginebra: OMS, 1959. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38025> [consultado el 25 de febrero de 2017]

142 Bovet L. Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile. *Bulletin of the World Health Organization*. 1950;3(1):63-162. Disponible en español en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169867> [consultado el 25 de febrero de 2017]

143 Bowlby J. (1951) Maternal Care and Mental Health: A Report Prepared on Behalf of the World Health Organization as a Contribution to the United Nations Programme for the Welfare of Homeless Children. Geneva: WHO. Disponible en español en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169960> [consultado el 25 de febrero de 2017]

144 WHO | WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Who.int. 2017. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/en/ [consultado el 25 de febrero de 2017]

145 Organización Mundial de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales: octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 185. Ginebra: OMS, 1960. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38084> [consultado el 25 de febrero de 2017]

146 Organización Mundial de la Salud. Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 223. Ginebra: OMS, 1961. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [consultado el 25 de febrero de 2017]

147 Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina: noveno informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 235. Ginebra: OMS, 1962. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [consultado el 25 de febrero de 2017]

148 Organización Mundial de la Salud. Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental: 11 Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 235. Ginebra: OMS, 1962. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38035> [consultado el 25 de febrero de 2017]

149 Organización Mundial de la Salud. La formación del psiquiatra: 12 Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 252. Ginebra: OMS, 1963. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38019>

150 Organización Mundial de la Salud. Los trastornos psicossomáticos: 13 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 275. Ginebra: OMS, 1964. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38031> [consultado el 25 de febrero de 2017]

dependencias¹⁵¹ y la asistencia en el retraso mental¹⁵². El Comité celebró una última reunión en el año 74 en la que volvería de nuevo sobre la organización de la asistencia¹⁵³

VI.3.1. Tratamiento preventivo y etiología: La neurosis traumática y las intervenciones comunitarias.

En cuanto a la etiología, la OMS estableció, al principio, una vaga asociación entre sociedad y síntomas mentales. Ya desde el primer informe se interpretan las posibilidades preventivas de esta relación en dos direcciones:

“En materia de higiene mental, su tarea habrá de consistir más bien en identificar y eliminar de la colectividad aquellos factores que son perjudiciales al desarrollo psicológico sano del individuo, que en el tratamiento de los resultados de esos factores”¹⁵⁴.

“El Comité estima que impulsar el desarrollo económico, y especialmente la industrialización, en un país insuficientemente desarrollado, sin la aplicación consciente de los conocimientos psicológicos, sociales y antropológicos para la prevención de los trastornos psicológicos, es poner en peligro la salud mental de aquella parte considerable de la colectividad cuya capacidad de adaptación psicológica es limitada”¹⁵⁵.

Los siguientes informes se decantarán por la segunda interpretación, más coherente con el carácter reformista y humanista de la organización. Entre el cambio social y el individuo media la capacidad adaptativa de este último, capacidad que implica equilibrio y armonía. La psique vulnerable permanece como bisagra y el tratamiento temprano queda unido a la prevención comunitaria. Esta elección se refleja en el afianzamiento de la amplia noción de salud mental que ocupa, tras los dos primeros informes, el lugar de la higiene mental¹⁵⁶

151 Organización Mundial de la Salud. Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas: 14 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 363. Ginebra: OMS, 1967. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38078> [consultado el 25 de febrero de 2017]

152 Organización Mundial de la Salud. Organización de los servicios para retrasados mentales: 15 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 392. Ginebra: OMS, 1968. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38172> [consultado el 25 de febrero de 2017]

153 Organización Mundial de la Salud. Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo: 16 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 564. Ginebra: OMS, 1975. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38253> [consultado el 25 de febrero de 2017]

154 Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la primera reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OPS, 1950. p. 9. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170168> [consultado el 25 de febrero de 2017]

155 *Ibíd.*, p. 21

156 Los informes de la OMS se publicaban por norma general al menos en tres idiomas (inglés, español, francés). La versión española habla del Comité de Higiene Mental durante los dos primeros informes, mientras las versiones en inglés y en francés entienden que los miembros del Comité son *expertos en salud mental*.

*“La salud mental, tal como la comprende el Comité, es influenciada por factores tanto biológicos como sociales. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; el concepto del Comité implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”.*¹⁵⁷

*“Se usa el término general de “higiene” en la práctica de salud pública. Para el Comité, entonces, la higiene mental consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental.”*¹⁵⁸

A partir del tercer informe, la palabra *higiene* deja de calificar al Comité y desaparece de los informes. En su lugar se desarrollan medidas más concretas de promoción de salud orientadas a poblaciones específicas, especialmente la infancia.

Aunque los informes siguen considerando que la salud mental se sostiene desde una perspectiva multidisciplinar, el análisis de las causas de enfermedad se va a centrar cada vez más en las relaciones interpersonales que se mantienen en los grupos de proximidad, de tal manera que son las relaciones establecidas en el interior del grupo primario las que predisponen al trastorno. En estas relaciones “*armoniosas*” se disuelven los factores económicos, políticos o socioculturales. Lo que se busca es una normalización de esas relaciones como estrategia de prevención en las instituciones de socialización: la familia, la escuela y la prisión.

Si el eje en la comunidad de Jones era la relación del individuo con el grupo, el actual es su grupo de referencia que, cerrado sobre sí mismo, sostiene una noción de enfermedad mental que se aleja de las circunstancias consideradas aún así como parte del trastorno. Aunque ahora el ámbito de aplicación sea esta comunidad, se mantiene una psiquiatría de corte clásico, al menos tal y como era definida en el segundo informe

“La psiquiatría, por su parte, evolucionó como un servicio personal al individuo enfermo, y es sólo recientemente que los psiquiatras están colaborando en la medicina

157 Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 31. Ginebra: OMS, 1951. p. 2. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38043> [consultado el 25 de febrero de 2017]

158 Ídem.

*preventiva”.*¹⁵⁹

En esta estrategia preventiva la sociedad asume las características de un cuerpo patológico con posibilidad de cambio. Las visiones más puristas de primeros de siglo aislaban en la infancia predisposiciones biológicas y comprobaban los efectos nocivos de los agentes externos -con una fuerte carga moral- a través de las malformaciones congénitas.

La niñez y sus mecanismos de socialización -la educación sentimental y sus coordenadas edípicas- funcionaban además en los modelos psicológicos como explicación remota de la neurosis del adulto. Se plantea ahora modular allí la influencia de lo social al intervenir en la relación materno-filial, antesala de la psique del adulto, y por tanto bisagra y responsable última del proceso de socialización, de la rigidez o problema adaptativo que conduce a la neurosis¹⁶⁰.

La educación es la táctica fundamental, de tal manera que los niños representan el extremo más precoz, y por consiguiente el más eficaz, de la intervención en el que la prevención es todavía curativa. En la infancia, ignorante de sí y permanentemente tutelada, se plantean también los automatismos biológicos y psicológicos, sin los problemas que implica la tutela del adulto.

*“El tratamiento experto de pequeños trastornos psicológicos en la infancia tiene un positivo efecto profiláctico en lo que se refiere a la morbosidad psiquiátrica adulta, y la aplicación de medidas profilácticas de higiene mental produce sus máximos efectos positivos durante las fases de la infancia”.*¹⁶¹

La intervención precoz se organiza desde un modelo médico en el que las viejas pautas de la higiene pública encajan con los modelos psicológicos medicalizados¹⁶². En un paralelismo entre ambos modelos, frente a esta neurosis colectiva, cabe la vacuna que genera en el niño resistencias y evita el contagio. Si en la edad adulta, la explicación médico psicológica recuperaba el trauma y su

159 Ibidem, p. 3

160 Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. 1ª ed. Washington: OMS; 1968. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169960> [consultado el 25 de febrero de 2017]

Bowlby J. Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children, WHO, 1952. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40724> [consultado el 25 de febrero de 2017]

161 Comité de Expertos de Salud Mental, 1949, Op. Cit. p. 8

162 La OMS tuvo también su Comité de Expertos en educación higiénica del público. No es el objetivo de este trabajo estudiar los paralelismos entre estos comités. El paralelismo entre higiene pública y mental se mantiene a lo largo de los informes de esta primera década y se subraya explícitamente en el primer y segundo informe del Comité de Salud Mental.

adaptación, en la infancia se acerca a la medicina desde el marco de las enfermedades carenciales.

La higiene aplica después un modelo de propagación, paralelo al de las enfermedades infecciosas en el que los niños actúan como futuros vectores. La privación de afecto produce madres y padres desadaptados que perpetúan el problema. Los hábitos aprendidos funcionan como constante científica; su clasificación depende de los ojos del observador imparcial y externo cuya misión es proteger a la infancia.

Vacunar es actuar sobre las familias para investigar y educar en los valores y hábitos saludables de las nuevas comunidades terapéuticas que protegen a los niños de los ambientes carenciales en los que están a riesgo de educarse. La vacuna es la atención y el afecto de una función materna con ribetes literarios¹⁶³ en la que los psiquiatras escriben sus deseos de cambio social y en la que los gobiernos vigilan los procesos de socialización. Aunque hay factores sociológicos y se les reconoce una cierta independencia, actúan siempre de manera indirecta:

*“Para que un factor social llegue a tener consecuencias delictivas debe movilizar toda una serie de procesos psicológicos. La facilidad con que tales procesos se movilizan depende de la estructura psíquica del sujeto, su constitución, su experiencia en la vida, sus resistencias y sus debilidades”*¹⁶⁴.

*“¿Nos permitirá este enfoque especial descubrir un principio general o un denominador común para las tres facetas de la delincuencia juvenil, la biológica, la psicológica y la social? Creemos que este denominador común psicológico se puede encontrar en el sentimiento de inseguridad que engendran las tendencias delictivas, cualquiera que sea su origen”*¹⁶⁵.

Determinado tipo de conductas adquieren un valor patógeno al provocar emociones desbocadas, emociones que pasan al inconsciente y pueden ser explicadas en términos de relaciones tempranas que condicionan pautas interpersonales. Lo psíquico y lo material se objetivan en el adulto alrededor de la libido y las defensas patológicas, la explicación neuroendocrina de Cannon y los

163 “Por lo tanto, en la actualidad, como en el siglo diecinueve, se afrontan dos viejas ideas: una, la del 'criminal nato' ligada al nombre de César Lombroso, y la otra, la expresada por estas palabras de Víctor Hugo: ‘Cada escuela que se abre es una prisión que se cierra’”. Bovet L. Aspectos psiquiátricos de la delincuencia juvenil. 1ª ed. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana; 1954; p 14

Op. Cit. p. Anterior (116)

164 Ibid., p. 23.

165 Ibid., p. 48.

condicionamientos de Pavlov,¹⁶⁶ que permiten tipificar infancia, emoción y comunidad e interiorizar el carácter patológico de esta última alrededor del individuo y de su grupo para poder cambiarlo. El problema no está tanto en el ritmo vertiginoso del cambio social, que los psiquiatras perciben y vinculan con desequilibrio emocional, como en la manera de afrontarlo.

Encontramos entonces dos modelos deterministas -el médico y el cultural- que confluyen en el continuo que permite la respuesta adaptativa, cuya fisiopatología se estudia en la infancia y cuyo diagnóstico y corrección depende del psiquiatra. Este continuo oscila entre lo normal y lo patológico, modulando un umbral que se asimila al de las crisis epilépticas y al de la vulnerabilidad al trauma de la explicación psicológica, que en los primeros informes se ejemplifica todavía a través de la fatiga del combate:

“Estas dos imágenes, de 'limen' y estímulo, y de 'suelo' y semilla, son especialmente útiles para explicar lógica y acertadamente la génesis de la inadaptación social”¹⁶⁷.

Las experiencias precoces -la comunidad familiar- o la herencia del sujeto constituyen el suelo del trastorno, base que puede ser también adquirida tras procesos infecciosos o traumáticos. El umbral o la resistencia a la enfermedad depende de la salud de los mecanismos de defensa que se oponen a la lesión o derivan de ella. Sobre ellos -y la comunidad que los transmite- pueden intervenir los psiquiatras. Este esquema etiológico se mantiene en todos los trastornos investigados.

“Con referencia a la recomendación de que se investigaran «la etiología y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos», cabe citar como principales exponentes del interés de la OMS por esta materia los trabajos de los grupos de estudio sobre la epilepsia juvenil, la esquizofrenia y el uso de atarácticos y alucinógenos en psiquiatría”¹⁶⁸.

166 Organización Mundial de la Salud. Los trastornos psicósomáticos: 13 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 275. p.19. Ginebra: OMS, 1964. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38031> [consultado el 25 de febrero de 2017]

167 Bovet, Op. Cit. p. 15.

168 Organización Mundial de la Salud. Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 223. Ginebra: OMS, 1961. p. 14. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

World Health Organization. Study Group on Juvenile Epilepsy. Juvenile Epilepsy: Report of a Study Group. World Health Organization: Technical Report Series. N°130, Geneva, 1957. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41423>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

World Health Organization. Report of W.H.O. Study Group on schizophrenia. Amer. J. Psychiat; 1959, 115, 865-872. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/132499>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

Grupo de Estudio sobre el Uso de Atarácticos y Alucinógenos en Psiquiatría. Alteraciones mentales provocadas por agentes químicos y sus relaciones con la teoría del psicoanálisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1958.

Además de los referentes teóricos y asistenciales de la Segunda Guerra Mundial y de su aplicación a la infancia, los primeros informes vuelven sobre las experiencias de las escuelas ortogénicas y las residencias reeducativas del joven delincuente. Desde estos éxitos terapéuticos, las conductas criminales y las toxicomanías se tipifican como desviaciones antisociales que quedan en manos de los psiquiatras. Si la infancia funciona como microscopio natural del proceso neurótico, las toxicomanías y las conductas criminales muestran la confluencia en la comunidad de los diferentes factores, cuyo estudio es prioritario para la psiquiatría:

“(El) estudio de los factores biológicos, psicológicos y culturales que determinan la personalidad. Los desvíos antisociales presentan una oportunidad especial para tales estudios, como por ejemplo para los de la toxicomanía y la delincuencia”¹⁶⁹. p 18

“En todos los alcohólicos, tanto si tenían ya una predisposición anormal como si han adquirido una perturbación de la personalidad, se observa una debilitación de esas funciones superiores de la personalidad que determinan tendencias primitivas, las cuales, a consecuencia de ello, salen a la superficie”¹⁷⁰.

A partir de la década de los 60, aunque continua la normalización de la familia y la preocupación por la infancia, el eje se desplaza de la descripción de un cuerpo social sano a la tipificación y al estudio del trastorno mental individual, laboratorio natural de confluencia de lo biopsicosocial. En los informes se conservan como enfermedades las toxicomanías y se estudian los trastornos psicosomáticos o el retraso mental. En cada una de ellos se observa un peso diferente de los factores etiológicos y se elaboran distintas modalidades de intervención y de explicación.

Las toxicomanías establecen una diferencia nítida entre estado y vulnerabilidad, diferencia con la que la psiquiatría trata de afinar criterios para forzar el tratamiento. En tanto estado conserva un tipo especial de desviación antisocial que opone al delito su automatismo. Junto con el delirio justifica una explicación y un tratamiento involuntario dentro del ámbito médico-psicológico:

Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37423> [consultado el 25 de febrero de 2017]

169 Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la primera reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OPS, 1950. p. 18. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170168> [consultado el 25 de febrero de 2017]

170 Organización Mundial de la Salud. Alcohol y alcoholismo, 2º informe Comité de Expertos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1955.

“El abuso de las drogas, en la medida en que perturba la conducta del toxicómano y es origen de conflictos para otros individuos o para la sociedad, plantea diferentes problemas de salud pública que se pueden identificar, clasificar y tratar desde el punto de vista médico”¹⁷¹.

De la misma manera que la imputabilidad de un delito dependía del reconocimiento del mismo como tal, las toxicomanías requieren, para evitar el tratamiento forzoso, la consciencia ya no de los síntomas, sino de la propia vulnerabilidad. El reconocimiento implica posibilidad de cambio tanto para el psiquiatra como para el paciente, y por tanto la responsabilidad de este último *“en la medida en la que el sujeto es responsable al exponerse voluntariamente a contraer la enfermedad”¹⁷².*

Cuando *“se comprueba que ni el tratamiento ni las demás medidas aplicadas dan resultado, o si el empleado se niega a colaborar, podrá recurrirse al despido(...)El resultado depende sobre todo de la personalidad profunda del individuo”¹⁷³.* Si no reconoce esta predisposición o ignora su enfermedad la alternativa es el tratamiento obligatorio.

“En contra de lo que muchos creen, el tratamiento obligatorio suele ser eficaz. Para que la jurisdicción civil ponga a disposición de las autoridades médicas a los individuos dependientes de las drogas (lo cual es muy recomendable en ciertos casos), es necesario definir claramente las circunstancias que justifican ese acto”¹⁷⁴

En el vínculo entre responsabilidad y reconocimiento de la propia predisposición de las toxicomanías, los informes de la OMS conservan el doble marco del *insight*, *“the development of concepts such as partial, emotional, and volitional insanity led, during the second half of the nineteenth century (...) Equally important has been the availability of the (psychological) notions of consciousness, introspection and self”¹⁷⁵.*

El internamiento obligatorio implica una afectación total o parcial de la conciencia y/o de la voluntad, criterios también de inimputabilidad. El *insight* como síntoma de un deterioro global o

171 Organización Mundial de la Salud. Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas: 14 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 363. Ginebra: OMS, 1967. p. 9. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38078> [consultado el 25 de febrero de 2017]

172 Ibidem, p. 16.

173 Ibidem, p. 24.

174 Ibidem, p. 17.

175 Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge; Cambridge University Press; 1996.

del desconocimiento de las propias tendencias admite en cualquier caso un grado de modificación. El componente psicoeducativo permite limitar el tratamiento médico de las desviaciones sociales y fundamentarlas fuera del marco de la peligrosidad.

Frente a la conducta delictiva, tipificada en los distintos códigos, la conducta peligrosa no se vincula directamente con ningún trastorno o comportamiento específico. Su definición es ambigua e implica facultades mentales perturbadas que se manifiestan en la oposición al tratamiento y se argumentan desde *“una cuestión de orden sanitario semejante en cierto modo a la que puede plantear una operación quirúrgica urgente, o también el aislamiento de un paciente contagioso en beneficio de los que viven en su compañía”*¹⁷⁶.

Para definir los límites de la responsabilidad personal y del tratamiento obligatorio, los médicos defienden primero la autoridad de su criterio dentro del hospital y más adelante dentro de la sociedad:

“La legislación aplicada a las personas dependientes del alcohol y de otras drogas debe partir del principio de que estos individuos son enfermos y, en consecuencia, prever una forma de cooperación entre las autoridades judiciales o de fiscalización y los organismos encargados del tratamiento”.¹⁷⁷

En cuanto al peso de lo social, por un lado es más un matiz que un factor etiológico:

“Al parecer, los individuos y grupos psicológicamente vulnerables recurren a menudo al alcohol para satisfacer sus necesidades tanto individuales como colectivas. En estos casos, son las condiciones ambientales (por ejemplo, posibilidades de procurarse drogas, costumbres, leyes, religión, opinión pública) las que determinan el agente o los agentes que serán objeto del abuso”.¹⁷⁸

Por el otro, sigue funcionando como desencadenante indirecto a través de las instituciones de socialización. A este nivel la acción sigue siendo higienista y se desenvuelve con programas preventivos en los que a partir de los 60 confluye más la persuasión que la restricción.

176 Organización Mundial de la Salud. Legislación en materia de asistencia psiquiátrica: cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 98. Ginebra: OMS, 1955. p. 12. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38088> [consultado el 25 de febrero de 2017]

177 Organización Mundial de la Salud. Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas: 14 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 363. Ginebra: OMS, 1967. p. 16. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38078> [consultado el 25 de febrero de 2017]

178 *Ibíd.*, p. 10.

La educación y la información tiene como primer objetivo “*personas ajenas a las profesiones sanitarias, a las que suele acudir en busca de ayuda para remediar una situación difícil y que, en cierto modo, actúan como «guardianes» de bienestar común*”¹⁷⁹: maestros, policías, profesionales jurídicos y el clero. Un segundo grupo lo constituyen “*los reguladores de opinión*”, es decir, “*las personas que trabajan en la prensa, la radio y la televisión*”¹⁸⁰ El tercer grupo es la población general a la que se llega a través de los otros dos y desde el hospital psiquiátrico.

Vemos que con las toxicomanías se regulan las relaciones de los psiquiatras con las autoridades ajenas a su profesión, especialmente en el ámbito jurídico desde donde siguen negociando el valor del peritaje, los límites del tratamiento voluntario y desde ambos, la responsabilidad del enfermo. Con las enfermedades psicosomáticas los psiquiatras tratan de priorizar un modelo clínico y asentar su posición dentro de la medicina:

*“Cuando sobreviene un trastorno, es decir, cuando se altera la homeostasia, ese sistema está sujeto a diversas perturbaciones. Cuando hablamos de procesos psicológicos y de procesos fisiológicos no hacemos más que adoptar diferentes puntos de vista para designar un fenómeno unitario. En ese sentido, no hay enfermedades psicógenas ni somatógenas, sino simplemente enfermedades”*¹⁸¹.

Al hilo de las condiciones neuroviscerales el Comité ordena los factores desencadenantes del trastorno mental. La explicación final del trastorno, aún proyectada hacia el futuro, es médica

“En consecuencia, la psicología y las ciencias afines comprenden la neurobiología y dependen de ella; el término «psicosomático» resulta pues equivalente a «neurovisceral»”.¹⁸²

“La intervención de las defensas psicológicas puede impedir que el estado de ansiedad alcance su punto culminante, pero por lo general sólo permiten atenuar, sin detener por completo, la reacción fisiológica. Puede por tanto mantenerse un estado afectivo de intensidad suficiente para que ejerza una influencia patógena. Este proceso puede considerarse también desde el punto de vista de la inhibición (...) Se cree que, cualquiera que sea su mecanismo inicial, la modificación repetida o continua de una función puede producir alteraciones tisulares que terminan por ser irreversibles: por ejemplo,

179 Organización Mundial de la Salud. Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 223. Ginebra: OMS, 1961. p. 38. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [consultado el 25 de febrero de 2017]

180 Ibídem, p. 40

181 Organización Mundial de la Salud. Los trastornos psicosomáticos: 13 informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 275. Ginebra: OMS, 1964. p. 6. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38031> [consultado el 25 de febrero de 2017]

182 Ibídem, p. 8.

*una contracción reiterada o constante de las arteriolas renales provoca su esclerosis”.*¹⁸³

A la espera de una explicación fisiopatológica de la predisposición, se piensa que lo psíquico -y por lo tanto lo social- matiza simbólicamente el síntoma, influyendo en su intensidad y en su localización de acuerdo con la historia personal del paciente o el ambiente cultural en el que vive. Además de definir lo social como modelo cultural, o como comunidad que matiza los síntomas y predispone indirectamente -a través de las relaciones actuales o pasadas- al trastorno, los cambios inesperados funcionan como factor desencadenante. Generan una tensión interna, un estrés, casi siempre psicológico y en ocasiones orgánico, en la medida en que depende de significados y defensas personales.

*“Existen en efecto analogías y, en la mayoría de los casos, las diferencias consisten más en el modo de afrontar las emociones y necesidades que en la naturaleza de las mismas”.*¹⁸⁴

Con este paralelismo la psiquiatría se asimila a aquellas especialidades médicas que trabajan con enfermedades inexplicables, aquellas que no consiguen encajar con los modelos infecciosos o metabólicos o traumáticos del periodo, como la hipertensión, el asma y la úlcera péptica, en los que ofrece una posibilidad de intervención a través del tratamiento psicológico.

Finalmente, con la deficiencia mental, el Comité trata el problema de la cronicidad al que da forma desde la infancia. Resuelve el problema de la incapacitación sobre el déficit de competencias, y potencia de nuevo la explicación médica, que sigue absorbiendo a la social, que mantiene su efecto modulador:

*“La distinción entre retraso «anatomopatológico» y, «cultural» establecida en los primeros años del decenio 1930-1940 sigue siendo válida, pese a que no se sigue asignando a los distintos factores. Considerados la misma importancia etiológica”.*¹⁸⁵

“Por otra parte, la progresiva acumulación de conocimientos sobre la influencia de los factores sociales y ambientales en el desarrollo mental hace vislumbrar la posibilidad de reducir, mediante programas sociales de gran alcance, los daños producidos por la

183 Ibídem, p. 9.

184 Ibídem, p. 11.

185 Organización Mundial de la Salud. Organización de los servicios para retrasados mentales: 15 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental . Serie de Informes Técnicos. No. 392. Ginebra: OMS, 1968. p. 15. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38172> [consultado el 25 de febrero de 2017]

*exposición precoz a condiciones desfavorables”.*¹⁸⁶

El retraso plantea además el problema de la clasificación

*“Por supuesto, la evaluación de las características clínico-psicológicas es la base de toda la clasificación del retraso mental. Esas características son la capacidad mental, el ajuste social, las peculiaridades de la estructura psicopatológica y el ritmo de desarrollo del individuo”.*¹⁸⁷

Por último, los informes revisan las dificultades del modelo en el plano etiológico.

*“Es preciso reconocer, sin embargo, que los conocimientos etiológicos en que puede basarse la enseñanza en materia de salud mental carecen todavía del grado de precisión necesario, pues aún está por analizar la estructura etiológica total de la mayoría de la enfermedades mentales”.*¹⁸⁸

Desplazada la comunidad, la pregunta principal trata la composición de la emoción y el mecanismo psíquico o biológico por el cual un afrontamiento inadecuado produce la enfermedad. Aunque no faltan ideas respecto a posibles respuestas, la contestación final se posterga a la espera de nuevos proyectos de investigación. La garantía de su éxito futuro está en el diseño de estos proyectos, que se ajustan a los modelos de investigación médica con animales y en laboratorio pero que se aplica, especialmente a partir de los 60, también a los distintos grupos comunitarios y más adelante a los trastornos individuales, que pasan a ser evaluados como experimentos naturales. Se espera que el desarrollo y las conclusiones de estos estudios cierren además otras preguntas abiertas por el modelo biopsicosocial: los límites entre lo normal y lo patológico, los criterios de tutela estatal o institucional, el automatismo de la enfermedad y la responsabilidad legal, el hábito o desadaptación psicológica y su posibilidad de modificación, la diferencia entre conducta inadaptada y conductas que buscan un cambio social y la relación entre sociedad, cultura y enfermedad: ¿modifican los distintos pesos de los factores que intervienen la lesión, los síntomas o el curso de la enfermedad?

A la espera de futuras respuestas, las preguntas quedan en suspenso o se dirigen a otros grupos

186 Ibídem, p. 8.

187 Ibídem, p. 10.

188 Organización Mundial de la Salud. El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental: quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OMS, 1957. p. 5. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38069> [consultado el 25 de febrero de 2017]

de expertos. La impresión de los clínicos, los modelos teóricos que observan conforme a predicciones previas y las posibles ventajas de la intervención, asimilada en todo momento a otras de higiene pública y asistencia temprana, argumentan mientras tanto la prevención.

*“La frecuencia con que el estado de los enfermos hospitalizados empeoraba, en lugar de mejorar, reforzaba los prejuicios corrientes contra la psiquiatría (...) Hay, sin embargo, razones para creer que la situación que se acaba de describir mejora rápidamente, sobre todo gracias a los progresos realizados en el tratamiento de los enfermos mentales, que desde hace algún tiempo es incomparablemente más activo, más racional y más eficaz”.*¹⁸⁹

VI. 3. 2. La asistencia: Modelo comunitario de tratamiento

La psiquiatría de los informes reconoce dos modelos antagónicos, la vieja segregación custodial y la nueva intervención comunitaria. Si los informes dedicados a trastornos específicos -toxicomanías, enfermedades psicosomáticas y retraso mental- se centraban no tanto en describirlos o clasificarlos como en fundamentar la prevención y esbozar un marco etiopatológico, el hospital comunitario tipifica la enfermedad al clasificar según la capacidad de cura o de respuesta al tratamiento médico.

Hay dos clases de enfermedades, aquellas que responden a la terapia y las que fuerzan la permanencia en el hospital. Aunque las teorías se presentan como un revulsivo frente a la objetivación biológica, la duración del síntoma y la respuesta al tratamiento hablan del peso del proceso constitucional, que correlaciona además con el impulso antisocial. Cuanto mayor sea este último, más custodiales son las medidas asistenciales que vuelven sobre el automatismo -médico o psicológico- la improductividad y la tutela.

*“It must be recognized that a certain minimum provision of psychiatric beds is essential to make possible the segregation and treatment of individuals who are mentally sick and are at the same time, because of their behavior, a danger to themselves and to others, or otherwise create a grave social problem in the community in which they live. This type of patient can be handled only in a psychiatric hospital”*¹⁹⁰.

189 Ibidem, p. 6.

190 World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the third session. Technical Report Series N° 73. Geneva: WHO, 1953. p. 5. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37984> [consultado el 25 de febrero de 2017]

Fuera de esta minoría peligrosa y descontrolada, la psiquiatría de los informes busca la coherencia con sus referentes etiológicos y su estrategia preventiva. Defiende la intervención precoz en la comunidad, intervención que se planifica de una manera gradual tanto dentro del hospital como en su apertura hacia el exterior. Si se reforma primero el hospital es para curar y prevenir más tarde puertas afuera. No se trata tanto de detectar y eliminar las condiciones externas que debilitan la salud como de favorecer una rápida adaptación a los mismas; adaptación que se mide no tanto por la desaparición de los síntomas como por la flexibilidad y capacidad productiva del paciente.

Si los primeros informes situaron el origen del trastorno en las carencias de la infancia y regularon la relación maternofilial, a partir del tercer informe la crítica del modelo custodial parte de aquella vulnerabilidad para oponer al trauma desencadenante -orgánico o mental- un entorno seguro y una intervención psicoterapéutica continua, que fortalezca las defensas y la adaptación del paciente de forma gradual.

En esta atmósfera, los psiquiatras tratan de reproducir en el hospital la comunidad que imaginan puertas afuera:

*“The life within the hospital should, as far as possible, be modelled on life within the community in which it is set”*¹⁹¹

*“The recently hospitalized patient has, in many cases, just undergone many painful experiences; he has lost both his social function and his liberty. Too often he has also been rejected by society; it is important, therefore, that he should view his hospitalization not as a restraint but as an integration into a new social group”*¹⁹².

Desde ahí se organiza una comunidad que evita la segregación y permite la subjetivación sobre tipos básicos -raza, clase y género- y toma como punto de partida la capacidad de control e interacción de los pacientes. El hospital moderno se esforzará además en preservar la individualidad del paciente -que localiza simbólicamente en su ropa, su nombre o su aspecto físico- y promoverá de manera progresiva su actividad, iniciativa y responsabilidad.

“High walls, bars, armour-plated windows, bunches of keys, uniform clothing, and all

191 Ibídem, p. 19.

192 Ibídem, p. 23.

*the other paraphernalia of the prison make modern psychiatric treatment impossible”.*¹⁹³

*“Los partidarios más autorizados de la ergoterapia han señalado siempre que su finalidad no es conseguir del enfermo una elevada producción ni apartarle de actividades perjudiciales manteniéndole ocupado, sino más bien ofrecerle ocasiones de relación social que contribuyan al adecuado desarrollo de su personalidad”*¹⁹⁴.

De acuerdo con la tipificación afectiva de Bowlby, el ambiente seguro quedará en las manos de las enfermeras.

*“It is also necessary to mention specifically the desirability of patients, being under the care of female nurses as far as possible. The introduction of female nurses into a disturbed ward improves to a remarkable extent the behavior of patients and the atmosphere of the ward”.*¹⁹⁵

Ellas, junto con el personal femenino del equipo médico social, son las encargadas de restituir la *“avitaminosis mental”* modelando los mecanismos de adaptación y los hábitos de relación del paciente para hacer posible su integración. Con su *“sensibilidad, inteligencia y atractiva personalidad”* acercan al paciente al equipo médico social en el que el psiquiatra coordina las diferentes tareas terapéuticas. Terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos y sociólogos actúan e investigan bajo la dirección del primero, promoviendo los valores y las rutinas de una comunidad sana.

*“Activity, in fact, is one of the most important characteristics of the therapeutic community. But it should be planned and purposeful activity, and the planning of the patient’s day is probably the most important therapeutic task of the hospital psychiatrist. Similarly, the creation of the milieu of a therapeutic community and the fostering of the relationships and activities which compose it are the therapeutic task of the medical director. It is for this reason that the therapeutic community, as the committee conceives it, can never be created under the direction of a lay administrator; it is in essence a technical psychiatric task”*¹⁹⁶.

Frente a la psicoterapia individual se prefiere el modelo grupal, en el que los conflictos de

193 Ibidem, p. 18.

194 Organización Mundial de la Salud. Psiquiatría social y actitudes de la colectividad: séptimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental Serie de Informes Técnicos. No. 177. Ginebra: OMS, 1959. p. 4. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38027>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

195 World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the third session. Technical Report Series N° 73. Geneva: WHO, 1953. p. 18. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37984>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

196 World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the third session. Technical Report Series N° 73. Geneva: WHO, 1953. p. 19. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37984> [consultado el 25 de febrero de 2017]

relación aparecen y se resuelven al matizar y apoyar el grupo las explicaciones médico-psicológicas. La actividad se aproxima al exterior de manera progresiva de tal manera que a la terapia ocupacional de contenido artístico o cultural le sigue la orientación y rehabilitación laboral localizada, a diferencia de las comunidades de Jones, en el ámbito del hospital.

Puertas afuera, la intervención del hospital comunitario se refleja en distintos dispositivos que consolidan la curación del paciente y flexibilizan la tutela médica: el hospital de día, el hospital de noche, la consulta ambulatoria y el club de pacientes. La asistencia se plantea como un proceso de resocialización en un entorno protegido, en el que la intensidad de la intervención se hace depender del grado de adaptación comunitaria que promueve el grupo y el equipo médico social. A mayor capacidad de adaptación, mayor flexibilidad y mayor resultado terapéutico.

El escalón último del tratamiento institucional vuelve sobre la intervención familiar con el objetivo de devolver a las familias parte de los pacientes hospitalizados, aquellos que, aun permaneciendo tranquilos, son incapaces de adaptarse a la comunidad hospitalaria y por tanto de vivir de manera autónoma dentro de la comunidad.

*“Sin que se trate de bajo el control del psiquiatra psiquiátricos de todos los enfermos crónicos, es indudable que una gran parte de los actualmente hospitalizados podría ocupar empleos vigilados o vivir en el seno de sus familias, bajo el control del psiquiatra y con la ayuda de enfermeras de salud pública, de visitadoras sociales y de otros agentes de organismos públicos o privados”.*¹⁹⁷

Aunque se insiste en no hacer diferencias entre agudos y crónicos, dentro de este segundo grupo, se distingue todavía un tercero que va a requerir, por conducta *antisocial* tratamiento institucional permanente. En este caso los elementos terapéuticos de la comunidad se localizan en la ergoterapia y, en su defecto, en las actividades recreativas. A ellas se opone la inactividad que se asimila con la cronicidad y el deterioro.

A lo largo de los informes, la actividad preventiva del hospital se extiende de la capacidad

197 Organización Mundial de la Salud. El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental: quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 9. p. 14. Ginebra: OMS, 1957. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38069> [consultado el 25 de febrero de 2017]

de adaptación del individuo trastornado a la reacción comunitaria frente a la enfermedad mental. Encontramos aquí, de nuevo, una crítica al ritmo vertiginoso de las sociedades industriales; crítica que la psiquiatría identifica con el modelo custodial para insistir en los beneficios del nuevo modelo comunitario y en la necesidad de una intervención tutelada. Si la inestabilidad de las sociedades modernas activa la vulnerabilidad hacia el trastorno, la respuesta colectiva sin la psiquiatría se limita a una valoración moral.

*“La higiene mental, que se ocupa de temas como los métodos de crianza de los niños, el desarrollo del carácter y de la personalidad y la modificación de la conducta, necesariamente invade campos en que rigen sanciones derivadas de ideas religiosas, sistemas éticos y convenciones sociales”.*¹⁹⁸

*“Sin embargo, será conveniente tomar precauciones para evitar que el psiquiatra de buena reputación llegue a ser considerado como un experto general en cuestiones de comportamiento y se vea asaltado de peticiones de asesoramiento acerca de problemas de la vida cotidiana que, aunque muy importantes para el individuo, serán bastante ajenos a la competencia profesional de un especialista de salud mental”*¹⁹⁹.

En esta resistencia, los psiquiatras objetivan un modelo social que tipifican en base a actitudes, prejuicios o hábitos de opinión al que oponen distintas tácticas de modificación: modular la información colectiva ofrecida por los medios, educar a las familias, asesorar a las autoridades locales -docentes, jerarquías religiosas, personalidades laborales y autoridades locales- e influir en los procesos legislativos. Se trata, en definitiva, de llevar a las instituciones de socialización los argumentos de los psiquiatras.

La legislación es, a ojos de los psiquiatras, la más nuclear de estas instituciones. El Comité le dedica su cuarto informe, con el que trata de negociar y salvaguardar su posición en este ámbito. Solicita la regularización legal del tratamiento comunitario -soporte burocrático, competencias y formación- y propone el reconocimiento jurídico de la tutela médica como alternativa al internamiento

198 Organización Mundial de la Salud Comité de Expertos en Salud Mental. 2º informe. Technical Report Series N° 9. Geneva: WHO, 1951. P. 4. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37982>. [consultado el 25 de febrero de 2017]

199 Organización Mundial de la Salud. Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental: 11 informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 235. Ginebra: OMS, 1962. p. 18. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38035> [consultado el 25 de febrero de 2017]

hospitalario involuntario:

*“El Comité considera necesario implantar algún sistema de vigilancia obligatoria, una especie de tutela médicosocial, que los parientes próximos y el psiquiatra puedan solicitar de común acuerdo cuando sea evidente que el estado del enfermo constituye una amenaza grave para su propio bienestar y para el de los demás, pero sin esperar a que esté encartado en una causa criminal”.*²⁰⁰

Los psiquiatras consideran que la regulación legal que identifica reclusión con internamiento prescinde del criterio médico y confina a la psiquiatría al aislamiento manicomial, la incurabilidad y la custodia. En el nuevo modelo asistencial, el internamiento se define por su efecto terapéutico. La tutela se reclama desde el modelo jurídico de libertad vigilada o condicionada a tratamiento, que canjea la pena de prisión por asistencia forzosa si hay delito y diagnóstico previo.

De nuevo el argumento es preventivo y los psiquiatras proponen anticiparse al delito y *"someter a tratamiento sin su consentimiento a ciertos enfermos peligrosos o ignorantes de su estado"*²⁰¹. Si con las toxicomanías los psiquiatras separaban las conductas delictivas de las conductas trastornadas basándose esencialmente en *"consideraciones médicas"*²⁰² que implicaban una limitación del discernimiento y de la voluntad, al solicitar el reconocimiento legal de la tutela médica oponen el síntoma a la violencia, y el tratamiento comunitario al encierro. Las conductas trastornadas son susceptibles de intervención médica, y, por lo tanto, el ingreso involuntario debe de ser temporal o dar paso a un tratamiento obligatorio preferentemente ambulatorio.

*“(...) reconocer a las autoridades judiciales la facultad de decidir el internamiento de los presos que sufren una enfermedad mental en los hospitales psiquiátricos ordinarios es tan improcedente como lo sería atribuirles el derecho de ingresar a los presos tuberculosos en los hospitales generales. Hacerlo así equivale a desacreditar al hospital y crea una serie de dificultades prácticas en el tratamiento”*²⁰³

El nuevo sistema terapéutico regula finalmente su relación con el modelo asistencial del hospital general. A principios de la década de los 50, el tercer informe prefiere transformar el hospital

200 Organización Mundial de la Salud. Legislación en materia de asistencia psiquiátrica: cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 98. Ginebra: OMS, 1955. p. 15. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38088> [consultado el 25 de febrero de 2017]

201 Ibídem, p. 10.

202 Ibídem, p. 5.

203 Ibídem, p. 14.

psiquiátrico y evitar los límites y los riesgos de la unidad de salud mental del hospital general. Todavía se señalan diferencias entre la psiquiatría y el resto de la medicina y se reconoce, a través de los riesgos, una cierta continuidad.

A diferencia del modelo clínico del hospital general, el tratamiento psiquiátrico se apoya en la actividad grupal del modelo comunitario. Se avisa del riesgo de priorizar la patología con mayor carga orgánica que mental y de clasificar y derivar a los enfermos según el tiempo de respuesta al tratamiento. Los mismos argumentos, la socioterapia y los dos modelos asistenciales paralelos, se emplean para descartar las unidades dedicadas a trastornos específicos.

A finales de los 50, el quinto informe establece dos niveles de asistencia en función del tiempo de respuesta. Para los enfermos agudos, no hay diferencia entre la unidad psiquiátrica y el hospital monográfico, el ingreso, como en cualquier otra enfermedad, es una parte breve del tratamiento, con continuidad en los dispositivos extrahospitalarios y su equipo médico social:

“La idea es que los enfermos mentales son personas que pueden responder bien al tratamiento y, en una gran proporción de casos, volver a la vida normal”²⁰⁴.

“Las administraciones sanitarias se enfrentaron hace muchos años con un problema en cierto modo análogo a propósito de la tuberculosis: tuvieron que decidir entonces entre ocuparse de un modo insuficiente de todos los tuberculosos o concentrar sus energías y sus recursos en los casos recientes, en los cuales las perspectivas de curación eran relativamente favorables. Finalmente prevaleció esta última actitud. El Comité estima que, por lo que se refiere a los trastornos mentales, será preciso llegar a una decisión análoga”²⁰⁵.

Los psiquiatras sitúan las dificultades terapéuticas y la cronicidad en el peso constitucional del trastorno -ya sea de origen psíquico u orgánico- y en la limitación de medios que entorpece y demora la intervención. A ambos obstáculos se suma la dificultad de aunar “*tranquilizadores, estimulantes y psicomiméticos*”²⁰⁶ con psicoterapia y socioterapia. Se separan las enfermedades y posibilidades de

204 Organización Mundial de la Salud. Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 223. Ginebra: OMS, 1961. p. 9. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [consultado el 25 de febrero de 2017]

205 Organización Mundial de la Salud. El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental: quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OMS, 1957. p. 14. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38069> [consultado el 25 de febrero de 2017]

206 Grupo de Estudio sobre el Uso de Atarácticos y Alucinógenos en Psiquiatría. Alteraciones mentales provocadas por agentes químicos y sus relaciones con la teoría del psicoanálisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1958. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37423> [consultado el 25 de febrero de 2017]

las distintas intervenciones.

La aproximación de la atención psiquiátrica a la medicina general gira alrededor de las medidas de promoción de salud y de los dispositivos de una higiene mental asimilada a la pública. Aún así, el futuro terapéutico de la psiquiatría de los informes no pasa tanto por una traducción neurobiológica de la enfermedad mental como por la atmósfera y la intervención comunitaria. Desde ese centro hay que entender los nuevos -y los no tan nuevos- fármacos²⁰⁷ y evitar que sus efectos sedantes interfieran en la intervención.

Los informes de la OMS reflejan y refuerzan la reforma institucional que la psiquiatría ha ido consolidando durante la guerra: ya no se trata tanto de detectar y segregar como de detectar para intervenir con la mayor anticipación posible.

La etiología se sitúa preferentemente en la infancia y se describe como predisposición o latencia vinculada a la reacción o a la lesión, que sirve como explicación de la enfermedad en la vida adulta. Aunque no siempre se pueda prevenir la privación -psíquica u orgánica- en la infancia, como en el retraso o en la psicosis, se puede modificar en algún grado la reacción o adaptación a la misma.

Este mecanismo, que la psiquiatría inscribe en modelos fisiopatológicos médicos, permite tanto la intervención individual como la comunitaria, en la medida en que la sociedad se asimila a un conjunto de familias de cuyos parámetros médico-psicológicos se hacen depender las desviaciones sociales. Si se consigue explicarlas y modificarlas, se podrán remediar los efectos nocivos de las sociedades industriales.

El lugar de intervención son las instituciones de socialización estatales o tradicionales como la escuela, la prisión o la familia. La educación es la principal herramienta a través de la persuasión y la explicación médico-psicológica, que se equipara a la estrategia preventiva. El criterio de eficacia del tratamiento se mantiene en la respuesta adaptativa del paciente, asimilada tanto a la recuperación

207 Ninguno de los informes se dedicó al tratamiento farmacológico en psiquiatría. La posición periférica del tratamiento psicofarmacológico se recalca en el informe redactado por el grupo de estudio sobre el Uso de Atarácticos y Alucinógenos en Psiquiatría.
Op. Ct. p. Anterior.

de su capacidad productiva como al antiguo criterio de ausencia de peligrosidad.

Durante los veinte años en los que el Comité mantuvo sus reuniones, limitó y especificó el ámbito de acción de los informes iniciales, reflejando los cambios dentro del modelo de salud pública al que se incorporó la psiquiatría comunitaria. A lo largo de esos veinte años, la OMS oficializó en sus informes el cuerpo teórico y asistencial de la psiquiatría de posguerra y se centró no tanto en desarrollar este esquema como en marcar las líneas de expansión profesional.

Los informes organizan cinco grandes bloques: prevención, etiología, asistencia, epidemiología y trastornos específicos, siendo los dos últimos la continuación durante la década de los sesenta de los tres primeros.

Si al principio el Comité se arrimó al modelo infeccioso-carencial y planificó, a la sombra del humanismo reformista de posguerra, una intervención comunitaria a gran escala, como Comité de Expertos en Salud Mental afianzó un corpus teórico propio sobre el trastorno mental, y limitó el alcance de su programa higienista, que quedó centrado en torno a las medidas asistenciales del hospital comunitario.

A comienzos de la década de los 50 se proponía un modelo médico-psicológico para todas las desviaciones sociales y en definitiva para todo el cuerpo social; en los 60 se delimita el modelo biopsicosocial a través de las toxicomanías, el retraso mental y las enfermedades psicosomáticas, trastornos a través de los cuales se articulan, se ejemplifican y se justifican las intervenciones. Si al principio se trataba de educar para prevenir, en los informes finales, a la sombra de la nueva epidemiología, el Comité de expertos define variables cuya modificación cuantifica para argumentar sus intervenciones.

En los últimos informes, la OMS ha matizado la relación materno filial y las vulnerabilidades consecuentes en las edades biológicas de la vida, que revisa como factores de riesgo, y ha fundamentado el valor de los psiquiatras en la formación del cuerpo social con la intervención en trastornos específicos.

Trastornos psicosomáticos y retraso mental representan los dos polos del modelo biopsicosocial en los que el componente bio maximiza su carácter explicativo y organiza el esquema formal de los otros dos. La enfermedad infantil o enfermedad latente -la predisposición- transpone lo social a las familias, transmisoras últimas de la configuración psíquica del adulto de la que la enfermedad participa en mayor o en menor medida. El origen infantil de ambos procesos, y el tratamiento en un régimen de tutela comunitaria, reconocen en el trastorno un componente inconsciente -automático-, cuya modificación y análisis van a depender del vínculo del paciente con el equipo médico social. Infancia, familia y cultura son los parámetros comunitarios del trastorno, que determina, al menos, la reacción frente a la lesión actual o pasada.

Cuando, a finales de los 50 y primeros de los 60, comience la revisión crítica de las instituciones de socialización la crítica interna ²⁰⁸ tomará como punto de partida las coordenadas de la psiquiatría preventiva -infancia y tutela, familia-, los automatismos y la tutela médica o jurídica y los modelos sociales idealizados de la comunidad terapéutica.

VI. 4. LA CRÍTICA AL MODELO DE LA REFORMA.

De Maxwell Jones a Goffman. De Goffman a la antipsiquiatría

“Si entrevistas a un paciente en la consulta del hospital mental en el que trabajas, tú tienes una llave en tu bolsillo para salir y el paciente no. El abismo de poder y de posición es enorme. (...) Si a lo largo de mi vida quería llegar de verdad al fondo de aquello en lo que estábamos trabajando, implicarme en mi intento de comprender que es la salud y que es la locura; quién está sano, si es que alguien lo está y quién está loco, si es que alguien lo está y en que consiste esta diferencia; lo primero que tenía que hacer era bajar de mi pedestal y comenzar una relación de persona a persona con quien fuera que estuviera en la posición de ser clasificado como loco por otra gente. Entonces, al encontrarnos en esa relación de persona a persona, en el mismo nivel, ambos podremos asumir los riesgos del encuentro”²⁰⁹.

208 La teoría del doble vínculo es del año 1952 (Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. Behav Sci 1956;1(4):251-264. Maxwell Jones y William Menninger comienzan las etnografías hospitalarias después de la investigación de Caudill y Goffman.

209 Ronald D. Laing en Asylum [documental]. Peter Robinson; 1972.

La película se proyectó en nuestro país en 1976. La revista Triunfo le dedicó dos reseñas. Una primera firmada por Manuel González Chavéz en la que, al hilo de la película, se defendía la alternativa psiquiátrica italiana frente a la inglesa. Y otra segunda cinematográfica dos años más tarde, conjunta con *Locos de desatar*, la película colectiva de Bellochio, Agosti, Petraglia y Rulli. Chavéz prologaría junto con Carmen Sáez la edición del guión en español en el año 1978. González Chavez M. Al margen de Asylum, ¿una alternativa para la psiquiatría? Triunfo. 8 de mayo de 1976; 693:54-55.

Han pasado más de veinte años desde *Let There Be Light*. La función de propaganda de los documentales de guerra ha sido plenamente asumida por la contracultura de los años 60, que hace un uso subversivo de sus posibilidades narrativas. En la escena inicial, Ronald Laing, pone voz al narrador. Cuando desaparece, la cámara traspasa una puerta y filma unas paredes pintadas. Laing da paso a la vida cotidiana de la casa. Con una épica más visual que narrativa, Peter Robinson nos cuenta las historias de sus residentes. Los protagonistas del documental comen, hablan, sufren y se divierten. Reciben visitas, se enfadan, se cuidan, se reúnen y deciden. Se han embarcado en un viaje muy particular, la lucha colectiva contra la represión y la búsqueda de su auténtico yo. Contamos a continuación de manera breve la historia de este tránsito desde la comunidad de Maxwell Jones a la vivienda de la Philadelphia Association.

A lo largo de la década de los 50, las innovaciones terapéuticas y el soporte de la Organización Mundial de la Salud, impulsan una perspectiva más optimista para la industrialización y las enfermedades mentales. El modelo comunitario se consolida en Inglaterra, pero también en Francia y Estados Unidos, se extiende en suma por las democracias occidentales. En cada país se matizará la importancia de la explicación clínica o psicoanalítica del modelo traumático. El equilibrio final de ambos factores conservará las presiones políticas, profesionales, legales, la estructura sanitaria y su financiación.

Si Inglaterra se ciñó a un modelo más medicalizado, Francia y Estados Unidos, focos relevantes de la crítica posterior, basaron sus reformas en distintos modelos de psicoterapia. En el periodo de entreguerras Tosquelles y Bonnafé habían comenzado en Saint Alban un proceso de reforma, la psicoterapia institucional, que en los 60 se convertirá en el modelo oficial, la psiquiatría del sector²¹⁰.

Galán D. Locos de desatar y Asylum. Triunfo. 18 de marzo 1978; 790:71-72. Agosti S. Locos de desatar. Barcelona: Anagrama; 1978.

En línea con el documental italiano y el inglés, Carlos Rodríguez Sanz documentó entre 1978 y 1981 la rutina del Hospital Psiquiátrico de Leganés. El documental se estrenó en 1984 y está disponible en https://www.youtube.com/watch?v=nHEXNu_23Kg [consultado el 25 de febrero de 2017]. García López S. El franquismo, la transición y la mirada documental sobre la enfermedad mental. Kamchatka. Diciembre 2014; 4: 189-207. <https://ojs.uv.es/index.php/kamchatka/article/view/4286> [consultado el 25 de febrero de 2017].

210 Huertas R. Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. Rev. Asoc. Esp.

En Estados Unidos la divulgación del modelo comunitario se llamará *milieu* o Environmental Therapy. En la práctica el modelo quedará limitado a las clínicas privadas. En el Chestnut Lodge la aplicación del modelo coincide con la terapia interpersonal de Harry Sullivan y la intensiva de Frida Fromm Reichmann. La clínica de los hermanos Menninger implanta el modelo y realiza una actividad divulgativa. En suma, tras la guerra el modelo comunitario se expande y se consolida, dejando en suspenso sus dificultades

En la sección anterior hemos revisado la incorporación de la psiconeurosis a la psiquiatría oficial bajo un modelo médico. Queremos remarcar ahora que, allí donde el psicoanálisis se implantó, la locura se analizó como un problema entre personas. Se transpuso el análisis de la relación entre médico y paciente a las redes de relación que configuraban el hospital. Se revisaron sus contradicciones, las funciones dentro de cada nivel jerárquico, los fines de la propia institución, los intereses personales; en suma, la lógica y la cultura de la unidad, preocupaciones todas del periodo de consolidación de la comunidad terapéutica.

Caudill²¹¹ realizó el primero de un conjunto de estudios que proliferaron durante la segunda mitad de los 50. Ingresó en una de las pequeñas clínicas psicoanalíticas americanas y, durante dos meses, completó la etnografía de la institución. Stanton y Schwartz analizaron en el Chestnut Lodge las funciones implícitas del hospital que interfieren entre sí para causar conflicto ²¹². Hasta el mismo Jones, entre 1953 y 1957, se une a la tendencia con la revisión que encarga a Rapoport en Belmont²¹³. En definitiva, en todas las comunidades estudiadas se pone en marcha un proceso de análisis de la autoridad y sus efectos. En 1959, Barton escribe la primera generalización: el aislamiento, la sedación excesiva, la autoridad del personal y la privación afectiva son causa de desinterés y apatía persistente en cualquier institución manicomial²¹⁴.

Neuropsiq. 1991; XI nº 37.

211 Caudill W., Redlich F., Gilmore H., Brody E. Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. American Journal of Orthopsychiatry. 1952;22(2):314-334.

212 Stanton A. Schwartz M. The mental hospital. 1ª ed. New York: Basic Books; 1954.

213 Jones M. y Rapoport R. Administrative and social psychiatry. The Lancet. 1955;266(6886):386-388.

214 Barton R. La neurosis institucional. Madrid: Paz Montalvo; 1974.

Tres años después del ingreso de Caudill, hará lo propio otro americano, Goffman²¹⁵ que sitúa su análisis en un gran hospital monográfico. Goffman forma parte de la escuela de Chicago empeñada desde los años 30 en la elaboración de una teoría crítica de la marginación. Con Lemert, Becker y Matza tratan de entender los efectos del diagnóstico y del estigma en las conductas de los desviados.

Tal y como había planteado el modelo comunitario de posguerra, Goffman encuentra en el manicomio una comunidad experimental, un espacio adecuado para estudiar el proceso de socialización que conduce a la emergencia del desviado. En su análisis, esta comunidad ni clasifica ni cura, el ingreso induce unas rutinas e impulsa unos roles predefinidos cuyo resultado final es un enfermo mental, que intenta resistirse a las presiones de la lógica institucional. No está muy lejos de la crítica del Doctor Barton. Goffman y la escuela de Chicago revelan un aspecto nuevo de las relaciones autoritarias, apuntan a un conjunto de prácticas cotidianas e inconscientes cuya función final es la represión de la desviación y la reproducción del diagnóstico. No hay un quien o un sistema de clasificación que distinga lo normal de lo patológico, hay un proceso que se ensaya en las salas de hospitalización cuyo atmósfera terapéutica contiene, además de los beneficios de Jones, un entramado de redes y rutinas represivas.

La colaboración entre psiquiatras y sociólogos durante los años 50 rompe con la primacía de la psiquiatría. El continuo entre salud y enfermedad del modelo psicoanalítico²¹⁶, los resultados de las pequeñas comunidades terapéuticas y los límites de la incorporación en términos de trastorno mental de los comportamientos desviados confluyen en una explicación sociológica de los trastornos mentales.

215 Goffman E. *Asylums: Essays on the Social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday; 1961. *Internados : Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.

216 El proceso psicogenético descrito por Freud emborrona también los límites entre salud y enfermedad a favor de esta última, encontrando en ambos mecanismos comunes: *“Si las equiparamos a las operaciones de las psiconeurosis, a los síntomas neuróticos, dos tesis que a menudo retornan -a saber, que la frontera entre norma y anormalidad nerviosas es fluctuante, y que todos nosotros somos un poco neuróticos {nervös}- cobran un sentido y un fundamento.(...)Una ubicación de los síntomas contraria a esta, su emergencia en las operaciones individuales y sociales más importantes, de suerte que sean capaces de perturbar la recepción de alimento y el comercio sexual, el trabajo profesional y la socialidad, corresponde a los casos graves de neurosis.”*

Freud S. *Obras completas*, tomo VI, *Psicopatología de la vida cotidiana*. Barcelona: Amorrortu Editores; 1980. p. 269-270.

Entre el individuo sano y enfermo media el efecto del diagnóstico y del medio de tratamiento. Entre el psiquiatra y su paciente median las categorías consensuadas de clasificación del primero que minusvaloran el entorno y simplifican los mecanismos al interpretar la conducta en clave individual y patológica. Los psiquiatras ven lo que tienen que ver, y predicen porque naturalizaron antes sobre un esquema de relación en el que el peso cae sobre el comportamiento insano, la transgresión de la norma social. La generalización del automatismo biológico o psicológico que la psiquiatría propuso para las desviaciones clásicas obvia la relación entre psiquiatría y sociedad, entre el sujeto, psiquiatra incluido, y los límites que marca su contexto. Obvia, en definitiva, bajo el marco del diagnóstico y sus identidades, todo lo que el paciente tiene que decir. Esta primera aproximación a la sociogénesis queda limitada a la institución, ya sea familiar o terapéutica, y vinculada al desviado.

Simultáneamente la teoría crítica de la escuela de Frankfurt, trata de entender la colaboración de la población con las atrocidades de las guerras de la primera mitad del siglo XX. Desconfían de la tecnología y de la modernidad que han acabado con la civilización durante el conflicto bélico. Como los psiquiatras, confían en las posibilidades explicativas del psicoanálisis, cuya síntesis con el marxismo se remonta a 1933 y el *Die Massenpsychologie des Faschismus* de Wilhelm Reich²¹⁷.

Es la racionalidad instrumental de la institución la que, una vez se aplica al hombre, genera cierta predisposición o automatismo para tipificar y distribuir identidades. La pregunta sobre la función y los efectos en la identidad de esta lógica instrumental -valoración de la normalidad en términos productivos, análisis y clasificación de la desviación, solución técnica- se resuelve, entre otras, con un análisis psicosociológico de la alienación. En el fondo, hay un individuo bondadoso, pero debe liberar sus deseos o sus pulsiones de la represión tecnocrática.

Encontramos aquí las mismas esperanzas que en la prevención de la OMS. El problema no está en las familias, sino en las ideologías que sustentan el sistema de producción. La necesidad prioritaria es desentrañar estos mecanismos y buscar otros valores, otra subjetividad y otros modelos

217 La primera edición en Español se publicó en 1973 Reich W. *La psicología de masas del fascismo*. México, D.F.: Roca, 1973.

de vida que nos liberen de las atrocidades de la guerra. Volveremos sobre esta búsqueda en el capítulo siguiente.

En definitiva, la crítica interna y la externa, en su intento de explicar la irracionalidad y el comportamiento desviado, gira en torno a la dicotomía autonomía autoridad. Se pregunta sobre la articulación y los mecanismos de ambas. Emplean conceptos psicoanalíticos, existencialistas y marxistas. Todas parecen confluír a principios de los 60, no tanto en las pequeñas comunidades terapéuticas -después de todo espacios de renovación- como en los grandes hospitales mentales, experimentos naturales de las lógicas disciplinarias.

Mientras los psiquiatras tratan de estudiar los trastornos mentales como enfermedades, para estas corrientes la diferencia entre lo normal y lo patológico carece de sentido. En lugar de vincular la locura a la anormalidad normal de los síntomas neuróticos de la vida cotidiana, escuchan en ellos los efectos y la resistencias a los procesos de resocialización.

Los mecanismos inconscientes que inoculan la brutalidad en las masas se reconocen en la lógica que Goffman describe para los comportamientos desviados. El encuadre en un molde inteligible, y sobre todo maleable, confiere al modelo la posibilidad de cambio. Junto con la identificación en términos de represión, favorece la aparición de una nueva cultura que se sitúa al lado de la locura, pero también, desde su crítica al manicomio, al lado de los psiquiatras. Con otra valoración, su objetivo es la armonía preventiva y la reforma comunitaria puertas adentro y más adelante, puertas afuera.

De la triple línea teórica desarrollada por la psiquiatría durante la guerra -la popularización de la neurosis traumática, la normalización en términos de hombre medio de la relación entre situación y reacción de Appel, y la despatologización de The American Legion- hemos visto que los informes de la OMS optan por la primera alternativa.

La segunda, en un marco abstracto de medidas epidemiológicas y factores de riesgo, acabará, al fijarse antes en la clasificación que en la situación de riesgo que proponía Appel, por complementar a la primera²¹⁸.

En la tercera, la sustitución de la identidad trastornada por un modelo de identidad colectiva, seguirá un camino autónomo, aunque sujeto a discusiones y delimitaciones continuas con la psiquiatría, cuyo hilo puede seguirse hasta la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders²¹⁹.

A partir de los 60, los informes de la OMS se van replegando con Jones y Menninger dentro de la propuesta de comunidad terapéutica. La asistencia se decanta por un modelo de doble vía, clínico para recuperables y comunitario para crónicos, cuya tendencia no es tanto la comunidad terapéutica como su expansión a través de los dispositivos comunitarios. La explicación en términos patológicos de los problemas sociales se concreta en trastornos individuales que limitan las dificultades del modelo. Con la clasificación se trata de delimitar el criterio de demarcación entre salud y enfermedad,²²⁰ prescindiendo de los referentes jurídicos, culturales, políticos y normativos del modelo.

No obstante, las dificultades permanecen. Las antiguas neurosis traumáticas consumen, en tanto explicación del malestar de la cultura, gran parte del tiempo de los psiquiatras²²¹. La clasificación limita los efectos del psicoanálisis y del entorno, pero ha de recurrir a diferentes cajones de sastre y mantiene el riesgo de una expansión sin límites de determinados diagnósticos²²². La historia personal se conserva en los trastornos psicosomáticos cuyos patrones móviles se irán explicando poco a poco

218 Herbert Spiegel realizó una doble interpretación de la neurosis de guerra, dentro del modelo de Seyle, pero también en el marco psicoanalítico con Kardiner.

Kardiner A. Spiegel H. War stress and neurotic illness. 1ª ed. New York: Hoeber; 1947.

219 La homosexualidad como tal desapareció en el año 74 del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en la sexta revisión de su segunda edición. El recorrido de la neurosis de guerra puede seguirse desde la primera edición del manual hasta la quinta. A diferencia del trastorno adaptativo con el que comparte etiología, el cuadro ha ido ganando en especificidad, ganancia discutida entre otros por la American Legion. Es el único diagnóstico que sin ser de exclusión atribuye al medio un carácter patológico. Sobre la complejísima negociación y evolución de los síntomas y tratamientos de la neurosis de guerra nos remitimos de nuevo a los libros de Edgard Jones y Mark Micale.

220 La neurosis traumática se irá dividiendo en diferentes trastornos ya desde el primer DSM. La relación con un agente causal quedará limitada desde el principio a los trastornos situacionales transitorios.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

221 Sadock B. J. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 11ª ed. ed. Philadelphia; Madrid: Wolters Kluwer, 2015.

222 Nos referimos al trastorno adaptativo, que considera patológica la reacción a una nueva situación. Como es una de las escasas categorías que reconocen la participación del medio en el trastorno, pensamos que en parte su alta prevalencia tiene que ver con esta excepción más que con el resto de criterios que lo describen. Las categorías no especificadas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders permiten rotular múltiples conductas como patológicas.

en términos socioculturales²²³.

Los límites del tratamiento obligatorio se plantean dentro de trastornos concretos. En las toxicomanías, a diferencia del retraso mental, el límite para la tutela y para la enfermedad se sitúa en el reconocimiento y en el tratamiento, por parte del afectado, de la predisposición, pero el criterio no es unánime. El consenso sobre el internamiento forzoso se rompe en función del componente psicopedagógico del *insight*, cuyo criterio refleja un componente cultural. Tal es el caso de los trastornos de personalidad o del tratamiento involuntario del alcoholismo, que no está autorizado en todos los países²²⁴. La integración en términos negativos del sistema de clasificación, el estigma y la simulación, acota el análisis médico sociológico de las psiconeurosis.

1961 es el año de *Asylums*²²⁵ pero también de *Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique*²²⁶ y *The Myth of Mental Illness*. Si la pregunta de Goffman, incluye al individuo enfermo como efecto y como proceso de las instituciones, la de Foucault prescinde de este para diseccionar una psiquiatría que funciona como ejemplo de una tecnología positiva de control: pastoral -inclusión normativa y clasificación-, disciplinaria -recompensa y castigo- y policial -vigilancia y observación²²⁷. La interacción del poder médico con el poder judicial, que desarrolló, junto con la moral, la percepción de la locura en la época clásica, produce un innovador modelo de control, el poder de normalización.

223 Por poner dos ejemplos: Kipen H, Fiedler N. Environmental Factors in Medically Unexplained Symptoms and Related Syndromes: The Evidence and the Challenge. *Environmental Health Perspectives*. 2002; 597.

Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan.;39(1):105-13.

224 Irlanda y Escocia excluyen el ingreso involuntario de las personas diagnosticadas de trastorno de la personalidad y alcoholismo. La mayor parte de los ingresos psiquiátricos involuntarios en Luxemburgo son debidos al consumo de alcohol.

Ferreirós Marcos C. Salud mental y derechos humanos. 1ª ed. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad; 2007.

Salize H., Peitz M., Dreßing H. Involuntary placement of mentally ill in the European Union — admission rates and epidemiology. *European Psychiatry*. 2002;17:142.

225 Goffman E, Op. Cit.

226 Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique; folie et éraison*. Paris: Plon, 1961.

Para un estudio de la recepción del autor véase:

Galván, V. De vagos y maleantes: Michel Foucault en España. Barcelona: Virus Editorial; 2010.

Galván, V. García Ceballos B. El evangelio del diablo: Foucault y la "Historia de la locura". Madrid: Biblioteca Nueva; 2013.

227 Varela J. Álvarez Uría F. Sujetos frágiles: Ensayos de sociología de la desviación. Madrid: Fondo de Cultura Económica, Sucursal España, 1989. Foucault, M. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.

Encontramos aquí una primera desavenencia y la primera separación en términos de poder, aunque procede todavía de una crítica externa. Será Thomas Szas quien rompa el consenso interno. Szas se opone al estatuto jurídico de la locura y reclama la autonomía de una relación contractual. Veinte años después, la revisión del Robert Castel explicará la tutela del médico como eje de negociación entre dos formas de gobierno, un archipiélago absolutista -la psiquiatría- y un sistema contractual -el derecho-.

Así pues, vemos en las teorías críticas, aún dentro de un marco antiautoritario, la elaboración del carácter múltiple de la locura. Reconocen y analizan su componente social, político, jurídico y cultural. Se desligan del componente clínico y mantienen en la psiquiatría o en la comunidad terapéutica un espacio de proyección e integración de la crítica y del cambio social.

El último elemento de la revisión cuya continuidad queremos abordar es la familia. La díada de Bowlby se reconceptualiza como un problema de comunicación en la terapia familiar de Palo Alto. La explicación de la esquizofrenia como única respuesta a un patrón de comunicación disfuncional normaliza y hace comprensible la psicosis²²⁸.

La teoría de Palo Alto llegará a Inglaterra de la mano del segundo libro de Ronald Laing, *Self y Others*²²⁹ en el mismo año que ya parecería especialmente prolífico para las alternativas psiquiátricas, 1961. Según Kotowicz, en esta segunda publicación hay un giro respecto al primero, *The divided self*, escrito básicamente como una interpretación existencialista e individual de la esquizofrenia. El movimiento de Laing, nos dice Kotowicz, se percibe en el cambio del estilo narrativo, pero sobre todo en la interpretación de la psicosis como un proceso interactivo e interpersonal. El falso *self* que divide el yo tiene su origen en la confrontación entre el individuo y su familia, contradicción cuya comunicación distorsionada se expresa sintomáticamente. Todavía aquí, dice Crossley, se mantiene a Laing dentro de la psiquiatría

Hasta 1967 Laing continuará investigando las dinámicas familiares y su influencia en el

228 Bateson G, Haley J, Jackson D, Weakland J, Op. Cit.

229 Laing R. D. *The Self and Others: Further Studies in Sanity and Madness*. London: Tavistock Publications;1961.

desarrollo del *self* normal y patológico. Con Esterson completa una síntesis entre las teorías de Palo Alto y el existencialismo sartreano²³⁰. Con Cooper, se aproxima a los valores posmaterialistas y pro Derechos Civiles de la nueva izquierda. Comienza a tantear el concepto de *metanoia*, conciencia de la contradicción que requiere de una regresión introspectiva hacia al auténtico *self*.

Cooper conoció a Laing en 1958. Cuatro años después dirigiría Villa 21 en el Shenley hospital, experiencia que se prolongaría hasta 1967. En principio Villa 21 se inspiró en los modelos de Jones y sus símiles²³¹ al que sumó el análisis de las pautas de interacción familiar que investigaba con Laing:

*“Aunque esta unidad compartió muchas de las ideas sobre la 'comunidad terapéutica' propuestas por Maxwell Jones, Wilmer, Artiss y otros, creo que fue única en la medida en que trató pacientes esquizofrénicos según una ideología terapéutica 'orientada hacia la familia'”*²³².

Avanzando en la experiencia, de buscar una sintonía en el proyecto de Cooper, la encontraríamos antes en el Northfield de Bion y Rickmann que en el modelo pedagógico de Jones. Al leer *Psiquiatría y antipsiquiatría* encontramos la intención de devolver la iniciativa a un paciente forzado tras el rótulo de su diagnóstico institucional. Su argumento es sistémico y pragmático. No hay en la lectura del experimento de Villa 21 ningún elemento que no se haya intentado antes dentro de la comunidad terapéutica o en su revisión de posguerra.

Cooper señala que la esquizofrenia es un proceso interpersonal, afirmación que Jones, o las relaciones armoniosas de la OMS, compartieron solo en parte desde el modelo médico psicológico de la predisposición. Todos usaron medicación, Cooper insistió en dosis mínimas, eliminó la psicocirugía y simbolizó el electroshock. En Jones o en Cooper, se proyecta en el espacio asistencial un modelo terapéutico de sociedad que reproduce un modelo idealizado de una comunidad que, puertas adentro, se limita a las familias: democrática, jerárquica y bondadosa en el caso de Jones; democrática,

230 Manuel Desviat señala en la obra de Laing una triple influencia: Winnicott -concepto de falso *self*-, Bateson -teoría del doble vínculo y Sartre -contradicción o incompatibilidad entre lo individual y lo colectivo.

Desviat M. La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. Norte de Salud Mental. 2006; 25:8–14.

231 Wilmer fundó una de las primeras comunidades terapéuticas de los Estados Unidos, el centro psicodiagnóstico Marina de Oakland. Según Basaglia era una comunidad militar rígida y cerrada. Lucio Schittar. La ideología de la comunidad terapéutica. En Basaglia F. La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. 2ª ed. Barcelona: Barral editores; 1972, p. 180.

232 Cooper D. Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós; 1971, p. 9.

autogestionada y horizontal en el caso de Cooper.

La familia, núcleo principal de la prevención primaria de las psiconeurosis, se entiende ahora como un conjunto de pautas alteradas de comunicación. Es una alternativa plausible al modelo médico de la esquizofrenia. Sus juegos, metáforas e interacciones pueden reproducirse y deben de evitarse en las unidades de rehabilitación.

Tras Villa 21 es el momento dar un paso adelante “*Y un paso adelante significa, en esencia, un paso hacia afuera del hospital psiquiátrico, hacia la comunidad*”²³³. En esa comunidad Laing y Cooper van a buscar nuevas alianzas. La publicación en 1967 de *The politics of the experience* indica la proximidad de Laing a la recién importada contracultura. La esquizofrenia es un movimiento a una posición anterior al estado de alienación patológica que imponen los juegos normalizadores de las familias. El símil es un viaje de iniciación que recuerda al renacimiento espiritual que buscaban las nuevas formas de vida de la década de los 60. La familia, en tanto institución autoritaria, se mantiene en el origen. Los ribetes higienistas de la institución familiar se enlazan ahora con la emancipación expresiva de la contracultura: “*no bird soars too high, if he soars with his own wings*”²³⁴, decía Willian Blake, uno de sus muchos referentes.

Cooper dejará de lado a las familias y acabará formando parte del ala radical, al establecer una relación unidireccional entre el sistema socioeconómico y la locura. Junto con Berke, un psiquiatra formado con Maxwell Jones, y Redle organiza, también en 1967, el Congreso de la Dialéctica de la Liberación sobre el que volveremos en el capítulo posterior. Todos ellos coincidieron en el Kingsley Hall, una prolongación de Villa 21 que resistió hasta 1970.

El movimiento italiano que impulsa Basaglia intenta, como Laing, una síntesis entre marxismo y existencialismo. El modelo de Basaglia se centra antes en la sociogénesis que en la familia. Instrospección y represión son también elementos fundamentales de su crítica, con un desarrollo más

233 Ibid. p. 117

234 Blake W. Proverbs of Hell. The marriage of heaven and hell. Boston: John W. Luce and Company [1790-1793]. 1906. p. 14. Disponible online en: <https://archive.org/details/marriageofheaven00blak> [citado 16 de febrero 2017].

práctico e intitucionalizado que en el sistema inglés. Se elabora desde su experiencia de reforma en Goritzia, Reggio Emilia y Trieste, tres hospitales monográficos del norte de Italia, y vuelve desde allí al hospital como espacio de proyección social que recrea en su interior los mecanismos represivos.

En el Hospital Psiquiátrico Provincial de Goritzia impulsa su primera reforma, un modelo de puertas abiertas tipo Maxwell Jones. Reorganiza el hospital, elimina uniformes, reduce medicación y barreras. Basaglia, como ya hemos mencionado, conoce, observa y aplica la crítica interna de la comunidad. Su modelo es a la vez existencialista, mientras trata de comprender el mundo del enfermo como un observador situado; es decir, implicado dentro de la ideología de su época; borra los límites entre entrevistador y entrevistado.

No obstante, dentro del asilo es imposible una relación uno a uno. En principio se ciñe a la psicoterapia del grupo según las recomendaciones psicoeducativas de la OMS. Junto con los patrones de interacción observa que la asamblea refleja las contradicciones y los papeles jerárquicos de la comunidad exterior. A través de ella se pone *“entre paréntesis la enfermedad, que es colocar entre paréntesis la enfermedad y la etiqueta”*²³⁵. En la asamblea, médicos y pacientes se hacen conscientes de sus dinámicas excluyentes, de los procesos de contradicción del manicomio, que son los de nuestras comunidades. El encierro del enfermo mental simboliza sobre el loco la negación de nuestras contradicciones. La comunidad de Jones refleja un gobierno condescendiente que funciona bajo la baza de la autoridad latente. Puertas adentro, el enfermo está todavía más alienado que fuera. Sufre una doble represión, la que dio origen a su enfermedad y la que deriva de la institución, que se encarga entonces de negarla -y de negárnosla- por partida doble.

La misma represión que nos exige fuera ser lo que no somos, nos obliga puertas adentro a asumir la violencia del diagnóstico. Ese es el límite de toda interpretación y tratamiento. La influencia de la crítica sociológica es cada vez más notable. Toda la biografía de un esquizofrénico gira alrededor de la etiqueta y de la institución cuya carga ideológica vacía su identidad y sus derechos.

235 Basaglia, F, Op. Cit. p. 45

Según Donnelly²³⁶, en Gorizia, Basaglia confía todavía en la negación dialéctica de la institución como herramienta terapéutica. 1968 es el año en el que Donnelly sitúa la expansión comunitaria del modelo, expansión que tiene base en la nueva izquierda italiana, inmersa en un proceso revitalizador desde el eco del mayo francés.

La propuesta comunitaria ampliará en Italia la brecha entre la psiquiatría institucional de las cátedras y el modelo de nueva izquierda. Decíamos que desde el año 67 la antipsiquiatría inglesa se expande dentro del marco de las contraculturas de nueva izquierda. En Italia, según Tarrow²³⁷, las nuevas temáticas consiguieron, a diferencia de Inglaterra, una institucionalización parcial en un contacto flexible e irregular con las instituciones políticas tradicionales: el partido comunista italiano y los sindicatos. Basaglia entra en contacto con este partido en Reggio Emilia, ciudad a la que llega en 1969 y en la que se rodea de un equipo muy politizado. En el año 71, ya en Trieste, el proyecto de Basaglia deja de lado el proyecto de negación asamblearia para proponer el cierre del manicomio. Hay que devolver la locura al lugar del que procede, la sociedad que la reprime. Volveremos sobre esta alianza en el capítulo posterior.

En una década antiautoritaria, aunque temerosa de la irracionalidad de las masas, el estudio de los mecanismos opresivos del hospital abre sus puertas a la comunidad. Mistifica y recupera de manera consciente la metáfora, ya no a través de la neurosis, sino desde y con el pensamiento esquizofrénico²³⁸. Se trata de recuperar la riqueza del inconsciente reprimido, la contradicción que hay detrás del síntoma y evitar la alianza del técnico o del pensamiento con las instituciones. Como *metanoia* o como reflexión dialéctica colectiva, el proceso de liberación requiere del autoconocimiento individual o interactivo. La liberación de la energía reprimida dentro de uno mismo o fuera del manicomio, tiene en sí un potencial revolucionario.

Si en Inglaterra o en Francia, preocupó más la razón última de la negación y de la contradicción,

236 Donnelly M. *Politics of Mental Health in Italy*. London: Routledge; 1992.

237 Tarrow S. Partidos y Movimientos sociales en Italia. En Russell J. D, Kuechler M. *Los nuevos movimientos sociales: un reto al orden político*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim; 1992; p. 339-370.

238 Deleuze G, Guattari F. *El antiedipo: capitalismo y esquizofrenia*. 1ª ed. Barcelona: Barral; 1973.

Italia se centró en las necesidades que se derivaron de la patología. La causa quedó en suspenso. Aunque la transposición del tratamiento manicomial a la comunidad es un hecho en Norteamérica y Europa Occidental durante la década de los 70, Italia es el único país que forzó legalmente el cierre de los manicomios. La movilización que consiguió la ley 180 supo aprovechar la oportunidad política y sus relaciones con el partido comunista italiano.

Las alternativas psiquiátricas introdujeron dentro de la psiquiatría los valores y las temáticas de nueva izquierda, lo que incluyó el elemento antiinstitucional y antiautoritario que generó una relación de exclusión, pero también de dependencia, entre psiquiatría y antipsiquiatría. En opinión de Donnelly²³⁹ el posicionamiento ideológico del proyecto Italiano pasó por alto las discontinuidades culturales y estructurales, lo que dificultó su implantación.

Sin un soporte sólido, la antipsiquiatría inglesa se diluyó en el proceso de institucionalización y asimilación de los nuevos movimientos. Solo a partir de los 80, separadas ya las movilizaciones de finales de los 60 de la dicotomía generacional y *anti* se empiezan a encontrar las continuidades con los viejos movimientos: la izquierda fabril y las formas políticas tradicionales.

Hemos esbozado aquí el origen psiquiátrico de la crítica institucional y algunas de sus continuidades -la familia o la comunidad terapéutica-. Las alternativas psiquiátricas realizaron elaboraciones cada vez menos condicionadas por el diagnóstico y su identidad, menos despsiquiatrizadas²⁴⁰, por utilizar la terminología de Foucault. Pensamos que, al menos en sus inicios,

239 El estudio de Donnelly muestra como el cierre de los hospitales no hace desaparecer las prácticas manicomiales. La reforma funcionó allí donde trabajaba Psiquiatría Democrática. El modelo del sector estaba pensado para ciudades de tamaño medio como Trieste y no obtuvo el mismo resultado en las grandes ciudades. Tampoco tuvo en cuenta la ley las instituciones tradicionales de tratamiento, las limitaciones y diferencias regionales de la estructura sanitaria, las diferentes culturas psiquiátricas. La identidad colectiva de la nueva izquierda se vinculó al experto y al marco antiautoritario e hizo depender todos sus problemas de la estructura socioeconómica. Ante esta estructura, al menos en apariencia, solo cabía evadirse o rebelarse. El problema y la fortaleza de la ley 180 es, según Donnelly, este vínculo ideológico, que en su deseo de cambiar la sociedad según su modelo terapéutico olvidó las condiciones locales y el carácter experimental de la psiquiatría comunitaria. Donnelly M, Op. Cit.

240 *“La desmedicalización de la locura es correlativa de ese cuestionamiento primordial del poder en la práctica antipsiquiátrica. Y en ello podemos apreciar la oposición de ésta a la ‘despsiquiatrización’, que parece caracterizar tanto al psicoanálisis como a la psicofarmacología ambos dependientes, antes bien, de una sobremedicalización de la locura.”* Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de Francia (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005; p 395.

las alternativas se enhebran en el proyecto de reforma sociofamiliar de los informes de la década de los 50. En el capítulo posterior veremos la alternativa social que proponen y el papel de la familia y del psiquiatra.

Hay ruptura a partir de los 60, cuando el Comité de Expertos continúe el modelo higienista con un viraje clínico. La interpretación e integración política, cultural o incluso ese antiguo higienismo, quedan acotadas dentro de ese modelo.

Nos dice Donnelly²⁴¹ que la antipsiquiatría no consiguió desarrollar una teoría que, prescindiendo del marco autoritario, fuera capaz de distinguir a nivel individual y con un criterio homogéneo entre lo normal y lo patológico. A este nivel sus planteamientos fueron extremos y genéricos, lo que dejó sin función a los psiquiatras más activos. Añadimos que la antipsiquiatría favoreció indirectamente la popularización del psiquiatra como experto social, a la vez que limitó la polaridad cultural -compasión vs. estigma- que favoreció, dentro del modelo clínico, la expansión del diagnóstico.

Sin interferencia con el modelo clínico, se asimilaron algunas de sus prácticas. Convertido en una suerte de gurú, Laing ofertará a la contracultura distintos rituales de purificación y liberación, cuyas derivas psicoterapéuticas podemos encontrar todavía hoy en la relajación, el yoga o la meditación. Parte del viejo Kingsley se institucionaliza sobre una base psicoanalítica en la Philadelphia Association y el Arbours Crisis Center. La continuidad del modelo de Basaglia puede consultarse en el Dipartimento di Salute Mentale de Trieste²⁴².

La antipsiquiatría mantuvo sin embargo un componente político y por tanto una posición moral que condicionó su expansión junto con las movilizaciones antiautoritarias y antiinstitucionales de los 60 y 70. El valor informativo de la locura favoreció su visibilización²⁴³. La normalización

241 Donnelly, Op. cit.

242 DSM Trieste: Español. Triestesalutementale.it. 2017 [citado 21 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/index.htm> [consultado el 25 de febrero de 2017]

243 Sobre la divulgación en Italia: Martinez O, Serrulla L. Siglo y medio de psiquiatría a través de la fotografía italiana. Frenia. 2008; VIII-2008:183-206. En Inglaterra, David Mercer y Ken Loach escribieron y dirigieron un capítulo de la serie *The Wednesday Play* (1967) y más tarde *Family Life*. Mercer D y Loach K. *Family life* [película] Reino Unido; 1971.

de las alternativas psiquiátricas devolvió al loco biografía, participación social y derechos. En los libros de Laing, Cooper, Esterson, Guattari o Basaglia, se elabora una crítica social y se describe un modelo de psicosis. La crítica antiautoritaria se populariza no tanto sobre la retórica del desviado como desde el romanticismo del marginal, con cuyas represiones y opresiones institucionales sí podemos identificarnos

Países en cada informe

Tabla 1 (Elaboración propia. Fuente: informes del Comité de Salud Mental de la OMS)

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º
Alemania																
Arabia Saudí																
Argel																
Australia																
Bélgica																
Brasil																
Canadá																
Ceilán																
China																
Chile																
Checoslovaquia																
Colombia																
Congo Belga																
Costa Rica																
Dinamarca																
Egipto																
España																
Etioipia																
Finlandia																
Francia																
Holanda																
Hong Kong																
India																
Israel																
Japón																
Líbano																
Malasia																
México																
Nigeria																
Noruega																
Paquistán																
Polonia																
Rusia																
Senegal																
Sierra leona																
Singapur																
Sudan																
Sudáfrica																
Suecia																
Suiza																
Tailandia																
Taiwán																
Uruguay																
USA																
UK																

Tabla 2. (Elaboración propia. Fuente: informes del Comité de Salud Mental de la OMS)

	Miembros del Comité	Secretarios/Consultores
Alemania	Gruhle (4°), Harmsen (10°), Mitscherlich (13°), Katd (16°)	Krapf (5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°), Dra. Pfister (6°, 8°, 10°, 11°)
Argel	Bakiri (16°)	
Arabia Saudí		Badri (16°)
Australia	Ashburner (4°), Cunningham Dax (10°)	Buckle (8°, 9°, 10°)
Bélgica	Dra. Portray	Verhoestraete (10°)
Brasil	Pacheco e Silva (1°, 2°), Botelho (4° y 5°), Braga (6°) Leme Lopes (9°)	
Canadá	Roberts (6°), McKerrache (9°)	Archibald (14°)
Ceilán	Amarasinha (5°), Karunaratne (11°)	
China	Yü-Lin Ch'eng (1°)	Tsung-yi Lin (9°)
Chile	Matté Blanco (3°, 12°), Horwitz (11°, 14°)	
Checoslovaquia	Hádlík (1°)	
Colombia		León (16°)
Congo Belga	Vyncke (8°)	
Costa Rica	Quirós (7°, 10°)	
Dinamarca	Magnussen (3°)	Buckle (9°)
Egipto	Wagdi (10°)	Baasher (16°)
España	Rof Carballo (13°)	
Etiopía	Workneh (16°)	
Finlandia	Bruun (14°)	
Francia	Dra. Roudinesco (2°), Sivadon (3°, 8°, 11°), Aujaleu (4°), Hazemann (5°, 7°), Lebovici (9°), Fouquet (14°)	Sivadon (4°, 10°)
Holanda	Kraus (3°, 4°), Querido (6°), Baan (12°), Diol (16°)	Baan (13°, 14°, 15°)
Hong Kong	Yap (13°)	
India	Govindaswamy (1°, 3°), Wig (16°)	
Israel	Btresh (8°)	Groen (13°)
Japón	Muramatsu (9°), Kato (14°), Ikeda (15°)	
Líbano	Manugian (7°, 9°, 11°)	
Malasia	Tan (16°)	
México		Cravioto (15°), Velasco (10°)
Nigeria	Lambo (7°, 11°)	Binitie
Noruega	Odegaard (8°), Evang (14°)	
Paquistán	Zaki Hasan (15°)	
Polonia		Wald (15°)
Rusia	Snezhnevsky(6°, 10°, 12°), Kerbikov (11°), Serebrjakova (14°), Kovalev (15°)	
Senegal	Collomb (13°), Diop (16°)	
Sierra leona		Davies (16°)
Singapur		Leong (14°)
Sudan	Tigani el Mahi (4°), Baasher (12°)	Tigani el Mahi (8°, 9°)
Sudáfrica	Enfermera Marwick (5°, 10°)	
Suecia	Dra. Nordlund (2°), Enfermera Zetterstrom(5°), Sjögren (6°), Essen-Moller (8°)	
Suiza	Muller (3°), Repond (5°, 6°), Ajuriaguerra (10°, 11°)	M. Bleuler (9°), Tongue (14°), Halbach (14°), Harding (16°), Moser (16°), Sartorius (16°)
Tailandia	Phon Sansingkeo (3°, 7°)	
Taiwán	Tsung-yi Lin (5°, 8°)	
Uruguay	Dra. García Etchegoyen (15°)	
UK	Rodger (1°, 2°), Soddy (2°), Rees (3°, 4°), Tooth (5°), Maxwell S. Jones (7°), Stengel (8°), Ferguson Rodger (9°), Kenneth Cowan (10°), Aubrey Lewis (13°), Ferguson Rodger (15°), Enfermera Altschul (16°), Banks (16°)	Hargreaves (1°, 2°, 3°, 4°), Tizard Ph(4°), Carothers (3°), Milne (3°), Tooth (5°), Roth (6°), Reid (8°), Mackintosh (9°), Horder (11°), Lemkau (11°), Carstairs (12°, 16°), Glatt (14°)
USA	W. C. Menninger (1°, 2°), Zimmerman (2°), Blain (3°), Felix (4°, 6°, 10°), Hoch (5°), Leighton (8°), Houston Merritt (9°), Ewal (12°), Leighton (13°)**., Cameron (14°), G. A. Jervis (15°), Clarke (15°)	Peterson (5°, 6°, 7°, 8°, 9°), Klineberg (7°), Ewalt (10°), Lemkau (11°), Reiser (13°), Dybwad (15°), Brown (16°), Fisher (16°)

VII. LA REVISTA AJOBLANCO:

LAS ALTERNATIVAS PSIQUIÁTRICAS DENTRO DE LA CONTRACULTURA.

VII. 1. CONTRACULTURA Y NUEVA IZQUIERDA.

Principio de realidad, marginación y derechos civiles.

Es 1974. El partido comunista aglutina la oposición clandestina al régimen franquista. Se ha infiltrado en el sindicato vertical y en la universidad. Se organiza en las cárceles, participa en las asociaciones de vecinos y refleja su crítica política en semanarios propios o progresistas como *Mundo Obrero*, *Realidades*, *Triunfo* o incluso *Cuadernos para el Dialogo*. En nuestro país, la oposición política se posiciona en contra de la forma dictatorial del régimen y se consensúan las bases de su alternativa democrática.

Adelantábamos en el capítulo anterior que fuera de España las izquierdas de las democracias consolidadas afinaron durante los decenios posteriores a la guerra el concepto de alienación. Más que desarrollar su componente socioeconómico, profundizaron en el elemento ideológico de la identidad. Hablábamos en la introducción de la doble dirección que tomó la divulgación de la crítica cultural posbélica. En el entramado más moral, las democracias se juzgaron desde el marco idealizado de los derechos constitucionales. Las contradicciones entre estos y los imperativos económicos impulsaron en parte las movilizaciones de mediados de los 60. Junto con la elaboración de una estética vital contracultural compusieron el preámbulo de la revolución cultural y política:

*“La genealogía del fascismo se pierde en las brumas de la mitología (...) por último reprime el erotismo y convierte el entorno físico en yermo perceptual (...). El racionalismo no es solo aburrido es además reaccionario”.*²⁴⁴

En la revisión de la modernidad hubo una reivindicación de la singularidad en un plano ético y estético, en movimiento continuo entre lo individual y lo colectivo. Acabamos el capítulo anterior

244 Racionero L. Willian Blake y la revolución cultural. Ajoblanco. Diciembre 1974;2:8-10.

anticipando la divulgación dentro de esta crítica de la antipsiquiatría inglesa e italiana. Empezamos esta nueva sección describiendo el nacimiento y la expansión de su variante más contracultural, pero sabiendo que no hubo un diseño anticipado del patrón. En el entramado final, domine una u otra dirección, urdimbre y trama, ética y estética, son indistinguibles. De nuevo, abordamos la descripción desde la perspectiva del periodo.

En las sociedades industriales avanzadas, las luchas de clase de principios de siglo, las socialdemocracias de posguerra, los reajustes sindicales y el funcionamiento a pleno rendimiento de la maquinaria industrial han hecho desaparecer la miseria acuciante del lumpen de primeros de siglo. Los obreros de las fábricas ya no se limitan a subsistir y reproducirse. Su explotación se ha cerrado sobre contratos pactados, que regulan los límites de su capacidad productiva a la vez que reconocen su capacidad de consumo. La seguridad y la estabilidad económica son los valores consensuados dentro del régimen socioeconómico de las sociedades industriales avanzadas.

El circuito funciona a base de comprar y vender mercancías hasta el punto de producir y consumir las ideologías que perpetúan su funcionamiento. Estas ideologías extienden las relaciones de producción más allá de la fábrica y transforman las relaciones entre personas. El individuo se consume dentro y fuera. Si el viejo proletariado fabril acepta una desigualdad de base es porque el desequilibrio se naturaliza desde las tecnocracias estatales -policía, educación, salud y sus símiles- que aseguran y regulan la vida de los ciudadanos productivos. La solidez de la clase media se funda en un mercado de producción en el que las personas se objetivan dentro de un sistema de clasificación. Sistema de clasificación que reproduce en el espacio social la lógica, los valores y las jerarquías del sistema de capitalista de producción.

La neo naturalización de la desigualdad es uno de los temas estrella de la nueva izquierda.

El nivel de producción industrial, que funcionó como antesala del monopolio ideológico y empañó las contradicciones materiales de clase, amplía las bases del proceso productivo. La prosperidad que sigue a los decenios posteriores a la guerra, da lugar a la emergencia de una nueva

clase social, los desocupados.

En ella confluyen los satélites de la cadena productiva: jóvenes estudiantes que proceden de familias acomodadas o de las subvenciones estatales, minorías improductivas y la reserva juvenil de los guetos. A la espera de completar su formación, conseguir una pensión o reequilibrar los precios del mercado de trabajo, estos grupos sobreviven y crecen en la periferia de la cadena productiva. Desde esa posición de extrarradio analizan o juegan en contra de los mecanismos tecnocráticos de la cadena e imaginan vidas y sociedades alternativas. Las burocracias estatales o industriales -escuela, cárcel, hospital, fábrica y las lógicas que le son propias- ligan producción, ideología e identidad. Contraculturales, situacionistas, ácratas y posmarxistas comparten la crítica sobre la producción y la clasificación de la desigualdad. Buscan nuevas formas colectivas e individuales de subversión y de vida. Surge así, alejada del núcleo obrero tradicional, un radicalismo de clase media que se opone al consenso de las sociedades industriales.

Se hable de dispositivos, ideologías o principio de realidad, todos ellos encuentran una continuidad entre la mecanización que adelgaza la cantidad de mano de obra en la fábrica y engorda la producción intelectual. Dentro de la fábrica los técnicos diseñan máquinas y organizan la cadena sobre la norma de la máxima eficacia. Fuera de ellas, la racionalidad de los expertos diseña identidades y generaliza a partir de ellas valores coherentes con la misma máxima. La productividad y la eficacia, por detrás de los valores tradicionales o los derechos civiles son los nuevos credos de la supermecanización que garantiza la felicidad. Así lo explica Theodore Roszak en 1968, al hablar del nacimiento de la contracultura:

*“La política, la educación, el ocio, las diversiones, la cultura en su conjunto. Los impulsos inconscientes e, incluso, como veremos, la protesta contra la tecnocracia misma. Todo se convierte en objeto de examen puramente técnico y de manipulación puramente técnica”*²⁴⁵

En nombre de la razón es necesario guiar a la clase media -un proletariado encauzado,

245 Roszak T. El nacimiento de la contracultura. Reflexiones sobre la sociedad tecnocrática y su oposición juvenil. 7ª ed. Barcelona: Kairós; 1981; p 20.

asalariado y pactado- cuyas tendencias deben de ser enmendadas por el experto. Del experto, neutro y sin ideología, se hace depender la política, aplicación de una solución técnica a una mercancía mal producida o en proceso de producción.

Todo lo que es real es susceptible de un análisis formal en términos de gestión. El técnico, instruido en la terminología de su competencia en las instituciones autorizadas, es el responsable de etiquetar el problema en la cadena. Se encarga del diseño de los programas económicos y sociales que separan y recuperan las mercancías improductivas y anticipa, en la medida de lo posible, su reproducción. Bajo la esperanza de eliminar, de una vez por todas, la miseria material, el experto produce miseria política y cultural. Su limitada tipificación de lo real acaba con *“todos los fines tradicionalmente trascendentes de la vida”*²⁴⁶, para acomodar la fuerza de consumo y de trabajo a las necesidades de las diferentes burocracias. El técnico regula según su saber y sus conflictos de competencias con otros técnicos. A la vez que acota y objetiva, abarca población e individuo, comprende mecánicamente para producir formas de vida cuyo consumo perpetúa el sistema que nos explota.

En este régimen de verdad indisociable de un orden moral y de una función de vigilancia, las categorías tradicionales de análisis de izquierda y derecha desaparecen. Las categorías sociológicas marxistas se amplían con un análisis epistemológico, histórico y psicológico de la alienación, una suerte de lógica disciplinaria.

Las élites -la burocracia estatal y los gestores fabriles con pesos diversos según el régimen político- controlan los medios de producción cuya posesión está ahora en las manos múltiples del estado o del accionariado. Las instituciones de socialización -empresa, ejército, sindicato, escuela y centros de rehabilitación y/o encierro- acomodan la gestión de la vida a los parámetros y procedimientos mecánicos que proponen los técnicos.

A través de este consenso los tecnócratas dominan el principio de realidad y, o bien niegan la

246 Ibid., p. 27.

existencia de lo que no consiguen acomodar, o bien proyectan su dominio hacia un futuro en el que podrán desenmarañar la complejidad del objeto que todavía se resiste.

Las mercancías disfuncionales se ligan a la identidad y al individuo. Se clasifican como desviaciones sociales y se convierten en objeto de estudio para aplicar las modificaciones pertinentes. Los excluidos desde los valores normativos codificados por un saber -improductivos, irracionales o peligrosos- se incluyen tipificados desde un falso humanismo que, lejos de defender la autonomía y la diferencia, consolida la norma.

El entramado de clasificación liga el problema a la identidad individual -definida con parámetros fenotípicos, psíquicos y biológicos-, a la capacidad productiva y al nivel de riesgo o de violencia que implica para un sistema que se desliga de las consecuencias del diseño de su cadena productiva. La solución individual se asocia al consumo de medidas terapéuticas o rehabilitadoras cuyo ideal se aplica de manera anticipada a gran escala con un alto contenido pedagógico²⁴⁷.

La higiene -o su versión moderna, la epidemiología- reúne pedagogía, psicología y medicina para codificar lo que permanece lejos del alcance del derecho o de la escuela²⁴⁸. Allí dónde no llega ni el código penal ni el civil, aparece la psiquiatría con su técnicas psicológicas, pero también con sus sistemas de clasificación y su tutela, en pugna con el derecho, a medio camino entre la reeducación y el encierro.

Las categorías psicológicas o psiquiátricas individualizan la codificación a la vez que naturalizan el malestar con un procedimiento más rápido, más personal y eficaz que el proceso pedagógico o el jurídico. Los tipos desviados se separan en identidades que se vigilan y se tutelan. Se recluyen en cárceles, guetos y manicomios, pero también, al menos temporalmente y con una valoración distinta, en la universidad. Aislados del consenso tecnocrático y de la cadena productiva

247 Foucault M. Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.

248 Los trabajos de Robert Castel son esclarecedores en este sentido. Véanse Castel R. El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo, Madrid: La Piqueta; 1980; Castel R. La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984. También Castel F. Castel R. y Lovell A. La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano, Barcelona: Anagrama; 1980.

en estos “grupos minoritarios, situados fuera o al margen del proceso material de producción”²⁴⁹, los estudiantes de izquierdas identifican -y se identifican- con un nuevo proletariado. Este nuevo proletario surge del contraste entre la abundancia económica y la miseria moral de las sociedades industriales.

En la crítica freudomarxista, el principio de realidad es resultado de la racionalidad instrumental. La revolución política se hace depender de las mismas categorías psicológicas -autoconocimiento o introspección frente a represión- y expresivas -la imaginación poética-. Junto con los derechos civiles, símbolo de la represión de las élites sobre las minorías -y por tanto sobre cualquier forma de diferencia- constituyen los ejes sobre los que se organiza la crítica al sistema productivo.

Por uno u otro camino se llega a la minoría marginada. O bien señala las contradicciones del orden social de los expertos, o bien contiene la semilla de una nueva realidad.

*“Sin embargo, bajo la base popular conservadora se encuentra el sustrato de los proscritos y los ‘extraños’, los explotados y los perseguidos de otras razas y de otros colores, los parados y los que no pueden ser empleados. Ellos existen fuera del proceso democrático; su vida es la necesidad más inmediata y la más real para poner fin a instituciones y condiciones intolerables. Así, su oposición es revolucionaria incluso si su conciencia no lo es”*²⁵⁰.

Desde esta nueva sensibilidad -conciencia de los dispositivos productivos de control y desigualdad civil de los tipos marginales- la izquierda trata de organizar una nueva clase transversal y revolucionaria capaz de romper el consenso tecnocrático de las sociedades industriales avanzadas. La popularización de la teoría crítica se organiza en grupos de afinidad temática o vital que crecen dentro del eje axiológico de democracia y resistencia personal que hemos definido.

Desde ese fondo, en la América contracultural y en la Europa posmarxista, la estrategia de movilización fundamental de los militantes será estudiar y escenificar esta desigualdad en términos dicotómicos y excluyentes: entre las élites y el pueblo, entre la institución y la espontaneidad, entre la autoridad y la libertad.

249 Marcuse H. Calas en nuestro tiempo: Marxismo y feminismo; Teoría y praxis; La nueva izquierda. 2ª ed. Barcelona: Icaria; 1983, p. 60. [1ª ed. 1976].

250 Marcuse H. El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada. Barcelona: p. 285

Temas de raigambre decimonónica como los efectos del progreso -el pacifismo o el ambientalismo-, las diferencias -etnia, religión y conductas desviadas- o el movimiento de mujeres amplían las bases de la política tradicional. Se actualizan conforme a los temores y a los problemas del periodo: energía atómica, Vietnam o libertad de expresión. Forman parte de un sustrato vital que se declara en resistencia permanente.

Desde esta base, surge el boicot, la representación, la movilización o la desobediencia civil. La política se hace en la calle al ritmo de las situaciones que recrean la marginación de las nuevas temáticas. Dos cuestiones son especialmente sensibles: autonomía -emancipación personal y libertad política- y derechos civiles. La primera se enmarca en la representación romántica de la libertad y de la fraternidad lo que reduce las connotaciones negativas de los grupos improductivos. La segunda remite a los principios democráticos de las sociedades industriales que regulan el pacto entre las élites políticas y la clase media. La simpatía de los grupos productivos por las redes de resistencia se perfila bajo estos argumentos. Las nuevas temáticas se introducen dentro del pacto político desde dos tácticas básicas:

Oponer a la sociedad tecnocrática el ideal comunal definido por los derechos civiles -pero oponerse allí donde se visibilice la lógica instrumental frente a estos derechos- Se trata aquí de conseguir la máxima confluencia.

Buscar la autonomía en formas de organización y estilos de vida alternativos al principio de realidad consensuado, liberarse de la identidad que hace de la norma una historia personal. De esta práctica se nutre el núcleo militante de las movilizaciones.

La primera conserva el ideal y el consenso de las sociedades democráticas. En ella confluyen los movimientos ciudadanos -afroamericanos, mujeres, libertad de expresión- y la conducta desviada como límite de la fraternidad y ausencia de derechos. Su función es de denuncia y su integración solidaria.

La segunda asimila las minorías al arte y a las formas de vida en tanto alternativas expresivas

de emancipación. En el romanticismo de Blake y Byron, en las filosofías orientales y en las drogas psicodélicas se intuyó ya en los años 50 una apertura de puertas²⁵¹ que se recupera en los 60.

Las prácticas estéticas, perceptivas y paródicas se suman así a los movimientos pro Derechos Civiles de los 50. La síntesis explora nuevos límites y nuevos símbolos de desobediencia civil²⁵². La escenificación y la ocupación se suman a las sentadas, las huelgas y marchas de protesta. La autonomía y la autogestión organizan la acción en cooperativas, comunas y redes flexibles de afinidad.

La crítica de finales de los 60 es una crítica de pensamiento y de voluntad. La oposición a los tecnócratas imagina sociedades nuevas de elaboración colectiva, más libertarias que comunistas. Su premisa, de acuerdo con la crítica psicoanalítica de las estructuras políticas, exige la revolución interior. Esta revolución implica la ruptura de los moldes narrativos clásicos, pertenezcan al psicoanálisis o procedan de las historias posindustriales de éxito y de fracaso²⁵³.

Por último, es una crítica de la palabra, de la jerga del tecnócrata. Frente a ella, se diagnostica y se enjuicia el modelo social a través de libros, fanzines a medio camino entre la revista y el cómic, el teatro y la radio de guerrillas.

*“The Youth International Revolution will begin with mass breakdown of authority, mass rebellion, total anarchy in every institution in the Western world. Tribes of longhairs, blacks, armed women, workers, peasants and students will take over. The yippie dropout myth will infiltrate every structure of Amerika”*²⁵⁴.

The Youth International Revolution fue un proyecto del *Youth International Party* -los yippies-.

Los *yippies* asumieron en Estados Unidos y Canadá la crítica social del movimiento *hippie* tras su

251 Véase la influyente obra de Huxley A. *The doors of perception*. 1954. Una reciente edición en castellano puede encontrarse en Huxley, A. *Las puertas de la percepción*. Cielo e Infierno. Barcelona: Edhasa; 2009

252 Henry D Thoreau publicó su ensayo «Desobediencia Civil» en 1849 en la revista *Aesthetic Papers*. Lo citamos aquí para dejar constancia de la tradición ciudadana de la sociedad civil norteamericana:

«Todos los hombres reconocen el derecho a la revolución, es decir, el derecho a negar su lealtad y a oponerse al gobierno cuando su tiranía o su ineficacia son desmesurados e insoportables (...) Toda máquina experimenta sus propios roces (...) pero cuando resulta que la fricción se convierte en su propio fin y la opresión y el robo están organizados, yo digo: hagamos desaparecer esa máquina» Thoreau H. *Desobediencia civil y otros escritos*. 4ª ed. Madrid: Tecnos; 2006.

El pacifismo, el ambientalismo y los límites del estado fueron temas claves en la obra de Thoreau.

253 Castilla del Pino C. *Un estudio sobre la depresión: fundamentos de antropología dialéctica*. 1ª ed. Barcelona: Península; 1966.

254 Rubin J. *DO IT!: Scenarios of the Revolution*. 1ª ed. New York: Simon and Schuster; 1970. p. 256.

asimilación a primeros de los sesenta.

Animados por el surrealismo y el dadaísmo realizaron representaciones públicas de los rituales vacíos de contenido de los partidos democráticos²⁵⁵. En su programa incluían, entre otros puntos, el desarme total, cárcel solo si hay víctimas y con rehabilitación, abolición de la propiedad y del dinero, pleno empleo, libertad de prensa y un programa ecológico. La parodia fue una de sus herramientas fundamentales, pero también toda cuanta actividad permitiera evidenciar los juegos de la clase política y el modelo autoritario de todos los partidos. Se trata de sobrevivir y de luchar “*in the prison that is America*”²⁵⁶, y de promover en cada individuo un elemento de resistencia y crítica frente al sistema.

En los dos grandes núcleos de protesta, Berkeley y Nueva York, se profundizó además en los métodos de protesta masiva de los afroamericanos de los 50. Inspirados en la defensa de los derechos civiles el Free Speech Movement californiano reivindicaba “*freedom for all Americans, not just for Negroes!*”²⁵⁷. Junto con los *Student for a Democratic Society* encontraron en Vietnam un símbolo de la brecha entre los derechos constitucionales y su desarrollo institucional.

“*Once the people laugh at the king, laugh at their rulers*”. La frase es de Eldridge Cleaver, jefe de propaganda de otro partido político de nuevo cuño, el *Black Panther Party*. La escribió en el prólogo del *Do it!* de Jerry Rubin, el libro en el que éste llamaba a la anarquía como nueva revolución de las masas.

El *Black Panther Party* facilitó la alianza entre la nueva izquierda de los campus y la población de color de los guetos. Nacidos como los *yippies* al calor de la universidad de Berkeley se organizaron alrededor de los derechos civiles buscando temas transversales para desclasificar y unir minorías. A diferencia del *Free Speech Movement* o las Marchas pro Derechos Civiles, llevaron la ley al límite²⁵⁸

255 En su partido, el candidato elegido resultó ser Pigasus, un cerdo que se convirtió en el símbolo de los miembros de los restantes partidos políticos y tecnócratas. Rubin J, Op. Cit.

256 Hoffman A. *Steal this book*. 1ª ed. New York: Pirate Editions; distribuido por Grove Press; 1971. p. 3

257 Draper H. *The Berkeley revolt*. 2º ed. Alameda, CA: Center for socialist history; 1970. p. 18. Disponible online en pdf en: http://fsm-a.org/stacks/covers/narratives_cvr.html y en html en <https://www.marxists.org/archive/draper/1965/berkeley/index.htm> [Consultado 25 de febrero de 2017].

258 Hoffman expone en su libro múltiples técnicas de lucha callejera estudiando cuidadosamente sus límites

al introducir elementos de identificación para la gente de los guetos y al defender programas más radicales y de mayor continuidad.

En la misma línea se situó *Black Mass*, en Nueva York, cuya lucha se estructuró directamente en grupos de afinidad y activismo urbano. En su fundador, Ben Morea, confluyen como en ninguna otra figura campus y comunidad. Morea comenzó a formarse en prisión e hizo uso de todas las nuevas formas de protesta²⁵⁹.

En Holanda, encontramos en los provos²⁶⁰ el reflejo de Morea. En el mayo francés la confluencia, al margen de los partidos, es entre nueva y vieja izquierda: fábrica, campus y comunidad. En las calles se reúne la protesta antiautoritaria de los estudiantes con el malestar social. En Alemania se funda la Kommunal que sintetiza también muchos de los elementos críticos de un periodo en el que las categorías psicológicas se vuelven conscientemente políticas para generar nuevas herramientas de protesta y nuevos modelos de relación.

Si nos hemos detenido más en la crítica y en la protesta norteamericana es porque a ella pertenece el núcleo contracultural y libertario que se extendió a mediados de los 60 por Europa llegando hasta nuestro país a mitad de la siguiente década. En 1974, la contracultura funciona como motor de arranque de la revista que nos ocupa, *Ajoblanco*.

e implicaciones legales. Encuentra por ejemplo un vacío legal en la longitud de las navajas cuyo uso no desaconseja: “*Remembering that today’s pig is tomorrow’s bacon, it’s good to know a few handy slicing tips*”. Hoffman A, Op. Cit. p. 66.

El *Black Panther Party* creció a base de promover las patrullas policiales. La función de estas brigadas era vigilar y desafiar legalmente la descontrolada violencia policial en los ghettos. El movimiento comienza en Oakland, California, ciudad con una importante concentración de emigrantes de segunda generación que ven como las promesas de servicios sociales de posguerra son sistemáticamente incumplidas y la población es sistemáticamente criminalizada. Un análisis del nacimiento del *black panther* y del *black power* puede encontrarse en: Joseph P. *Neighborhood Rebels: Black Power at the Local Level*. 1ª ed. New York: Palgrave Macmillan; 2010.

259 “*La Revolución Total era nuestra forma de decir que no nos íbamos a conformar con un cambio político o cultural, lo queríamos todo, queríamos que todo cambiase. La sociedad occidental había llegado hasta un punto muerto y necesitaba ser revisada y reparada. Sabíamos que eso no iba a pasar, pero esa era nuestra reivindicación, así es como éramos*” Ian McIntyre. Entrevista a Ben Morea, editor de *The Black Mask*; 2006. Disponible en: <http://www.alasbarricadas.org/noticias/node/9553> [consultado 25 de febrero 2017]. Ben Morea fundó la revista *Black Mass*, alrededor de la cual se estructuró de manera informal un conjunto muy representativo de las formas de política alternativa de mediados de los 70. Se organizaron en grupos según afinidades y trataron de combinar arte con protesta política. Las publicaciones se pensaron como una táctica más dentro de esta síntesis. Se han recopilado en Hahne R. y Morea B. *Black Mask & Up Against the Wall Motherfucker*. 1ª ed. Oakland, CA: PM Press; 2011.

260 Recuerdo del movimiento provo. *Ajoblanco*. 1976;18:34-35. Disponible en: <http://www.ajoblanco.org/histórico> [consultado 25 de febrero 2017]

La contracultura con su doble vertiente ética e individual explica el interés de la revista y de sus lectores por la antipsiquiatría. Desde Roszak, Racionero, Ragué y Ajoblanco entendemos que la contracultura reúne pensamiento social, práctica estética, transcendencia y vida cotidiana. De entrada se escoró más hacia la crítica freudomarxista. Seguirá torciéndose en esa dirección hasta suspender la relación entre la desigualdad promovida por los tecnócratas y la represión individual.

A efectos prácticos la alienación pasará a analizarse en términos más psíquicos que sociológicos y la revolución será primero una cuestión individual que una toma de conciencia de la desigualdad entre clases o del incumplimiento de los derechos civiles.

La necesidad y la producción han echado raíces en nuestra forma de hablar, de sentir y de relacionarnos. ¡La imaginación al poder! La liberación de la identidad reprimida es el punto de partida para pensar lo imposible y el motor de cambio: *“El desierto, la experimentación con uno mismo, es nuestra única identidad, la única posibilidad para todas las combinaciones que nos habitan”²⁶¹*.

En la divulgación contracultural poco importan las disquisiciones sobre el carácter represivo o productivo de la desigualdad, la revolución se experimenta. Comienza cuando se rompe con las jerarquías del proceso material de producción y la racionalidad que nos imponen. Consiste en ahondar en las raíces que vinculan lo externo con lo interno para que pueda brotar algo nuevo. Lo esotérico, lo irracional por marginal, por periférico al sentido común y su pensamiento reproductivo, adquiere un valor subversivo. El punto de fuga de la revolución diseña una nueva percepción en la que el pensamiento se mezcla con el LSD, las filosofías orientales o el romanticismo decimonónico.

VII. 2. REFORMA, CONTRACULTURA, NUEVA IZQUIERDA Y ANTIPSIQUIATRÍA.

¿Cómo es la desigualdad hoy? ¿Qué clases separa? ¿A qué responde? ¿Cómo funciona? ¿Es epistemológica, psicológica o sociológica? ¿Sus mecanismos son únicos o múltiples? ¿Represivos o productivos? ¿Cuál es su origen histórico?

261 Deleuze, G. y Claire P. Diálogos. Valencia: Pre-textos; 1980, p. 17.

Decíamos que la teoría crítica encuentra en los tipos más marginales -locura, sexualidad y delincuencia- el negativo del monopolio identitario y lee allí el sistema de clasificación. Su exclusión o su resistencia al mercado ideológico los transformaba -una vez más- en una muestra a estudiar. Ahora interesa su grado extremo de subjetivación.

En manos de los nuevos movimientos sociales la locura invierte su valor simbólico. Por un lado, a mayor irreductibilidad mayor conservación de la diferencia. Por el otro, amplifican los valores del sistema de clasificación, los mecanismos de tipificación y la versión retórica de los derechos del hombre. Detrás de la perversión reaparece Sade. Una vez normalizada la psicosis, se reanima a Artaud.

Si la OMS de los 50 mantenía la esperanza de crear sociedades armónicas al codificar su educación sentimental, la contracultura observó la necesidad de liberarse precisamente de ese marco normativo.

Los informes de la OMS de la década de los 50 enmarcan la explicación psíquica y sociológica de la enfermedad dentro de un marco preventivo y carencial. La esperanza sobrevive en el freno a los excesos del proceso de industrialización. La causa se concentra en el individuo cuyo problema se describe desde la naturalización del código que lo previene. Si algo hay que reformar se trata de las familias. La situación solo existe después, como efecto desencadenante o como elemento modulador, lejos de las instituciones y de la clase social de procedencia.

Se baraja ya un modelo de causalidad múltiple y probable, en donde lo social solo es causa suficiente en el caso extremo de la guerra o amenaza intensa. La idea es que el entorno favorece antes la salud que la enfermedad mental. Se confía en el progreso y en su promotor, el experto. Dentro de la psiquiatría se trata de potenciar las relaciones armoniosas y la adaptación al ambiente, robusteciendo las constituciones y reactualizando las relaciones familiares.

También el proyecto político de la contracultura hace del malestar un asunto individual y psicológico. En el fondo, la represión vuelve infelices tanto a las élites como a las minorías. Si hay

algo así como una solución, no depende del fin de la desigualdad que prometen, vía productividad, las élites y los tecnócratas. Consiste en la búsqueda de formas nuevas de subjetividad a través de la experiencia.

Si hay vulnerabilidad, si hay infelicidad y trastorno, es precisamente por la deriva autoritaria de las lógicas instrumentales. La teoría crítica sitúa el problema en las ideologías tecnificadas, aunque también llegue a la emancipación por la vía psicológica. Como en la OMS, el cambio pasa primero por la transformación personal, pero ni el malestar ni la desviación, incluso en el caso extremo de la psicosis, se explican desde la taxonomía del trastorno. El proceso de emancipación es un viaje individual, un tránsito hacia la emancipación, que puede contar con mucho con la guía de un maestro, alguien que haya pasado por la misma experiencia.

Por tanto, al igual que el reformismo de la OMS, el análisis social de la contracultura angloamericana depende de categorías psicológicas. Al igual que en los informes técnicos, hará de la patología primero una cuestión social que enraizará después dentro de cada individuo. A diferencia del reformismo de la OMS, no hay un manual de conducta que anticipe o proteja del crecimiento de la mala hierba -y justifique de paso una intervención a gran escala-. La raíz del mal es precisamente el encorsetamiento de ese manual y no podemos esperar encontrar el remedio en la causa. Solo la rebelión del sentido común, al interponerse en el juego de espejos que confunde necesidades, identidad y sistema romperá las representaciones que aúnan realismo y conformismo. Al contrario que para la OMS, la solución, si hay que decirlo en esos términos, no pertenece al campo de los tecnócratas y de las familias que nos educan. Desborda las instituciones que la transmiten cuya alternativa consistió en quemar poéticamente los hilos con los que tratan de movernos.

La purificación de la percepción mediante experiencias psicodélicas genera explicaciones médicas y psicológicas cuyo rastro encontramos todavía en nuestros días²⁶². La propuesta del Esalen

262 Para apoyar su investigación sobre el uso de MDMA en la ansiedad social de los autistas, Danforth et al citan los estudios que durante los 60 y 70 utilizaron el LSD con una finalidad terapéutica o introspectiva. Danforth A, Struble C, Yazar-Klosinski B, Grob C. MDMA-assisted therapy: A new treatment model for social anxiety in autistic adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016;64:237-249. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584615000603> [consultado el 25 de febrero de 2017].

Institute, se refugia en las técnicas orientalistas y las psicoterapias humanistas²⁶³.

Vimos en capítulo anterior cómo el trabajo de Laing y Cooper se inspiró en las comunidades de Jones, Artiss, Wilmer, Main o Bion y cómo, al igual que sus contemporáneos de la escuela de Palo Alto y de la OMS, situaron el origen o el desencadenante de la locura en la familia.

En el fondo el problema de comunicación no es más que una variante de la teoría contracultural de la represión. Cuando el contacto con la contracultura deje al descubierto esta variante, la represión familiar volverá a su origen existencialista con una terminología más cercana a Norman Brown que a Marcuse. De nuevo en palabras de Roszak: *“El germen de la represión es la ansiedad del hombre ante su propia muerte; el devenir de esta ansiedad se llama ‘historia’, la lucha por llenar el tiempo con obras que desafíen a la muerte”*²⁶⁴

En el año 1967 se celebró en Londres *The Congress on the Dialectics of Liberation*, el Congreso de la Dialéctica de la Liberación para la desmitificación de la Violencia. Organizado por el *Institute of Phenomenological Studies* se discuten las herramientas revolucionarias de la nueva izquierda. Derechos civiles, subjetivación, contrapsicología, ocupación y autogestión. Laing, Cooper, Redler, Beck se reunieron durante dos semanas con Gregory Bateson, Stokeley Carmichael, Herbert Marcuse y Allen Ginsberg entre otros²⁶⁵. El núcleo de la reunión fue la guerra de Vietnam en torno a la cual se estructuró gran parte de la lucha pro Derechos Civiles americana.

Decíamos en el capítulo anterior que 1967 es el año en el que las tesis contraculturales se transponen a *The politics of experience*. El simul es el ritual de purificación, camino recorrido antes por Artaud, Huxley, Castaneda y Bateson. Resucitamos como el ave fénix para volver a nacer de otra manera. Atrás dejamos el rastro de las contradicciones de la sociedad enferma que nos abocaron a la

La revisión del artículo anterior procede en su mayoría de Sigafoos et al que cita el uso como último recurso el uso del LSD para tratar la cefalea en racimos. Sigafoos J., Green V., Edrisinha C., Lancioni G. Flashback to the 1960s: LSD in the treatment of autism. *Developmental Neurorehabilitation*. 2007;10(1):75-81.

The Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies es una asociación dedicada al uso terapéutico, legal y cultural de las drogas psicodélicas. <http://www.maps.org/> [consultado el 25 de febrero de 2017].

263 El Esalen Institute sigue actualmente en funcionamiento: <http://www.esalen.org/>

264 Roszak T, Op. Cit. p. 121.

265 La lista completa de asistentes está disponible online en: <http://www.dialecticsofliberation.com/1967-dialectics> [consultado el 13 de febrero de 2017]

crisis. En la experiencia del psicótico cimentamos la subversión de la nuestra propia y la posibilidad de una terapia radical, de una psicología política que desvele los “*mecanismos peculiares de represión y de sublimación de la sociedad establecida*”²⁶⁶. La retórica romántica de la contracultura nos permite aferrarnos a una subjetividad nueva y revolucionaria.

Una parte de la crítica psiquiátrica de nueva izquierda, la italiana, estuvo ausente en este congreso. Más escorada hacia la defensa de los derechos civiles -tanto desde las categorías marxistas clásicas como desde la interpretación contracultural- luchó más por la conciencia de clase de los marginados y las formas de subjetividad colectivas que por la emancipación personal.

En Reino Unido, la modificación legal y la planificación del Ministerio de Salud tipifican la reforma sobre la comunidad terapéutica de Jones. Con las unidades administrativas conviven la escuelas psicoanalíticas y todavía los modelos custodiales²⁶⁷. A diferencia de Inglaterra²⁶⁸, en Italia no hay un modelo de reforma consolidado ni un sistema de salud centralizado. Como en España, la asistencia a gran escala depende de la administración local que permanece impermeable a la transformación socioeconómica del país. También en Italia la atención se oficializa en dos instituciones paralelas. La psiquiatría universitaria de las grandes ciudades, que apoya la asistencia privada, convive con el modelo custodial decimonónico de las áreas periféricas.

Asimismo, el equilibrio de la política institucional en Italia muestra una mayor fragilidad que la del Reino Unido. En Inglaterra se gobierna desde la política de partidos con dominio de la facción conservadora. En Italia, durante los 60, el ala más moderada del Partido Comunista Italiano se aproxima al Partido Socialista²⁶⁹. A la izquierda de este pacto, se institucionalizan nuevos partidos. La necesidad de aumentar sus bases, impulsa la incorporación de contenidos. El espacio político se polariza y se diversifica tanto dentro como fuera del Partido Comunista. Como en el mayo francés, las

266 Marcuse H. Calas en nuestro tiempo: Marxismo y feminismo; Teoría y praxis; La nueva izquierda. 2ª ed. Barcelona: Icaria; 1983, p. 62.

267 Roig A. Entrevista propia [audio] 7 de octubre de 2016.

Frigola C. Entrevista propia [vídeo]. 10 de octubre de 2016.

268 Recordamos que la Mental Health act se aprobó en 1959. Mental Health Act. Ministry of Health, 29 de julio, 1959. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/7-8/72/introduction> [consultado 25 de febrero 2017]

269 Tarrow S, Op. Cit., p. 352 et seq.

fábricas, reducto tradicional de la izquierda, comparten espacio político con universidades e incluso con las asociaciones juveniles católicas. Donde Londres importó la contracultura norteamericana, la izquierda italiana simpatizó, desde su representación solidaria, con las minorías marginadas. A imitación del mayo francés²⁷⁰, se invierte el papel político del técnico²⁷¹. A diferencia de Francia, dentro de este proceso de competencia, algunas de las temáticas de la nueva izquierda se abren camino dentro del Partido Comunista. Entre ellas se politiza la locura. Su resistencia frente a la autoridad junto con la aceptación empática de la izquierda de las fábricas incorporan la desinstitucionalización al programa nacional del Partido Comunista.

Basaglia se hace eco de las formas de organización de las nuevas movilizaciones: el debate se centra en la asamblea. Las decisiones se toman de forma consensuada. Las relaciones fraternales y la relación de marginación e improductividad, viejas herramientas de partido, se incluyen ahora en un programa de emancipación dialéctico que aprovecha los valores de la contracultura para liberar tanto a técnicos como a psiquiatrizados.

En la divulgación de Basaglia, cara a la nueva izquierda, esta alianza no remite tanto a una relación contractual o fraternal como al potencial revolucionario de la subjetividad del loco. El experto desvela los efectos de la represión. Una vez reconocidas sus contradicciones se devuelve el proceso dialéctico a la comunidad.

Los función desrepresiva del técnico, el desamparo del loco, su fuerza revolucionaria, el apego a las teorías de Marcuse frente al existencialismo de Brown y los valores solidarios de la izquierda comunista italiana, vadearon en Italia la función disciplinaria de la psiquiatría y las dificultades de una alianza con la “vieja política”.

La ruptura en Italia se produce con la psiquiatría de las cátedras. Su perspectiva compartió argumentos con el ataque de la izquierda de partidos a los nuevos movimientos allí donde no llegó

270 Recordamos que tras el mayo del 68 se populariza en Francia la Historia de la locura de Michael Foucault, publicada en el 1961. Galván V. Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. HAOL. 2009;19:177-179.

271 Donnelly M, Op. Cit. p. 54 et sec.

a establecerse una alianza. Tal fue el caso de Inglaterra o de Francia. Psiquiatras y comunistas interpretaron la espontaneidad y el anti-intelectualismo de la nueva izquierda como desorganización, temeridad y ausencia de contenido²⁷². Predijeron para la contracultura una rápida asimilación en términos psicológicos y narcisistas²⁷³. Tal reducción²⁷⁴, si la hubo, respetó los límites de los 70. El compromiso de los estudiantes amparó los derechos civiles de los grupos marginados. Extendió sus lazos dentro de la fábrica, aún con la oposición de las instituciones de izquierdas²⁷⁵. Contravino los intereses de su clase para implicarse en la búsqueda de modelos de vida sobre la imagen de una revolución que fuera a la vez personal y colectiva.

Los problemas que plantean las alianzas coexisten con la crítica dentro de los propios planteamientos antipsiquiátricos. Ya hemos visto como Szasz reprocha a sus compañeros contraculturales un cierto mesianismo antirrepresivo que no tiene cabida dentro de una relación horizontal. Desde su punto de vista, la retórica revolucionaria de la locura soportaba todavía una relación de poder y defendía en el antipsiquiatra a un libertador tanto del loco como de la sociedad que primaba el papel de experto. Hemos visto como tanto Laing o Cooper en sus libros o Basaglia en su práctica asumieron sin cortapisas este papel.

La variante terapéutica de posguerra fundamentó en los 60, junto con el psicoanálisis, la función preventiva de los psiquiatras, en un proceso que la nueva izquierda acabó identificando como parte de la tecnocracia. Sin compartir su sistema de clasificación la antipsiquiatría y la psiquiatría reformista explicaron la locura con categorías sociológicas -familia, estructura socioeconómica-, psicológicas

272 Maffi M. La cultura underground, Barcelona: Anagrama, 1975.

273 Lash C. The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations, New York, Norton, 1979.

274 Para un análisis actualizado de esta asimilación, puede consultarse: Rendueles G. Egoatría. Oviedo: KRK Ediciones; 2004.

275 Aunque en Francia sindicatos y partido comunista excluyen a los estudiantes, estos últimos confluyen con los obreros dentro y fuera de la fábrica a partir del mayo francés. Al respecto se pueden consultar los numerosos testimonios documentados en el ciclo Con y Contra el Cine, comisariado por David Cortés y Amador Fernández-Savater en el año 2008 en el Museo Reina Sofía. Por poner dos ejemplos: Un film comme les autres. Jean-Luc Godard; 1968; CA 13 o comité d'action du 13^{ème} arrondissement de Paris. Grupo ARC; 1968.

El programa completo está disponible *online* en: Con y contra el cine. En torno a Mayo del 68 <http://www.museoreinasofia.es/actividades/contra-cine-torno-mayo-68> [consultado 25 de febrero 2017].

-represión, instrospección- y biológicas -sedación, expresividad perceptiva-, estableciendo entre ellas relaciones variables. No obstante, es la retórica revolucionaria la que promueve en la opinión pública una representación mucho más solidaria de la locura, representación fundamental para promover por ejemplo la ley 180.

Ya hablamos en el capítulo anterior de esa asimilación de la antipsiquiatría a través del cine y la televisión a principios de los 70. Hasta esa década su difusión dependió de las redes informales que apoyaron la divulgación del movimiento, entre ellas las editoriales y publicaciones contraculturales²⁷⁶. Dentro de los movimientos sociales de los 60 la prensa *underground* reunió colectivos de afinidad y llegó a constituirse como una red que consolidó los nuevos movimientos. Asimismo, las revistas impulsaron cambios en los contenidos y nuevas formas de acción. Tal fue caso de *International Times*²⁷⁷ que compartió espacio con *OZ*²⁷⁸ como revista contracultural en el Reino Unido. Junto con *Actuel* y *Tout*²⁷⁹ en Francia; *The Oracle*, *Berkeley Barb*²⁸⁰ y *Rolling Stone* en Norteamérica fueron algunas de las referencias de nuestra versión patria: Ajoblanco. Analizamos a continuación el impacto y la divulgación de las corrientes antipsiquiátricas en el marco del *underground* hispano.

VII. 3. LA ANTIPSIQUIATRÍA EN AJOBLANCO

VII. 3. 1. La revista.

Es 1955. La guerra civil española y el primer franquismo causaron un retroceso político, económico y educativo en el país. Entre 1922 y 1955, un tercio de la población quedará excluido de la enseñanza institucional poniendo fin a la recuperación de las dos primeras décadas del siglo XX. No obstante, quienes consiguen realizar la instrucción primaria, tendrán más probabilidades de acceder

276 Crossley N, Op. Cit.

277 IT - International Times Archive. Disponible en: <http://www.internationaltimes.it/archive/> [consultado 25 de febrero 2017].

278 OZ magazine, London. Historical & Cultural Collections. University of Wollongong. Disponible en: <http://ro.uow.edu.au/ozlondon/> [consultado 25 de febrero 2017].

279 McGrogan M. Tout! in context 1968-1973: French radical press at the crossroads of far left, new movements and crossculture. Portsmouth: University of Portsmouth; 2010. Disponible en: http://eprints.port.ac.uk/2186/1/Total_final_thesis.pdf [consultado 25 de febrero 2017].

280 Berkeley Barb. Disponible en: <http://www.berkeleybarb.net/about.html> [consultado 25 de febrero 2017].

a la educación secundaria y superior²⁸¹. Este modelo de todo o nada del primer franquismo concentra la educación primaria, el bachillerato y la formación universitaria en determinadas regiones y en determinados grupos profesionales²⁸². Estudian los hijos de la incipiente clase media del franquismo cuyos miembros son capaces de percibir la educación como una inversión de futuro y de hacer frente a los gastos indirectos derivados de una escolarización prolongada.

Habrà que esperar a la mitad de la década de los 60 para disminuir de manera sensible los porcentajes de la población no escolarizada y ampliar el acceso a la Secundaria. A lo largo de esa década el ciclo económico expansivo y la puesta en marcha de los planes de desarrollo van a promover la capitalización del país.

El crecimiento económico recupera el peso de preguerra del sector secundario y terciario cuyo crecimiento deja atrás el modelo autárquico y rural de la posguerra. El cambio de modelo productivo del segundo franquismo exige reforzar el modelo educativo del que se harán cargo, hasta bien entrados los 70, mayoritariamente las familias y las órdenes religiosas.

La modernización se refleja en el PIB español que entre 1955 y 1974 crece en torno a un 6%. A finales de ese periodo, el tardofranquismo compartirà con el resto de Europa la terciarización de su modelo productivo y la contracción provocada por la crisis energética mundial. Entre medias, la producción y la exportación de bienes y servicios aumenta y el país, con ayuda del turismo, la emigración y el consumo incipiente, inicia una apertura pausada y selectiva de fronteras.

A diferencia de los países democráticos del continente, en España persiste una marcada desigualdad. El 10% de la población concentra el 40% de la riqueza. El desarrollismo fomenta una

281 Nuñez C. Educación. Barciela López C, Tafunell X, Carreras A. Estadísticas históricas de España siglos XIX-XX. Vol. I. Bilbao: Fundación BB VA; 2005.

Estadística de la enseñanza en España curso 1969-1970. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1971. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/biblioteca/recelec/12038210.pdf?documentId=0901e72b8204317c> [consultado 25 de febrero 2017].

282 Pozo Andrés M. El sistema educativo español: viejos problemas, nuevas miradas. Conmemoración de un bicentenario (1813-2013). Revista de pedagogía. 2013;65(4).

Instituto nacional de estadística. Alumnos españoles cuyos padres han cursado estudios y poseen título. En Anuario estadístico de España. Madrid: Instituto Nacional De Estadística; 1959. Disponible en: <http://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=171887&tns=172198#172198> [consultado 25 de febrero 2017]

urbanización acelerada y sostenida que atrae a los grandes núcleos industriales a gran parte de la población activa. Madrid, Cataluña, el País Vasco o Valencia recaban emigrantes e infraestructuras mientras el campo se vacía. Dentro de este esquema estadístico crecen los universitarios de los 70.

Es 1974. A través de la frontera diseñada por el régimen se filtran los nuevos movimientos sociales. Hay becas de estudio, congresos, revistas, bases militares, turismo, radios pirata, teatro, libros, cine, viajes a Londres y Perpiñan²⁸³. Los estudiantes asimilan a principios de la década la alternativa contracultural a la crítica tecnocrática de la nueva izquierda.

Para ellos, las nuevas tecnologías y las instituciones desbordan las categorías de análisis marxista. La oposición comunista reproduce las mismas jerarquías de las sociedades que quieren destruir. El control férreo que la dictadura concentra en Madrid deja fuera de su campo ciudades como Barcelona y Sevilla. A Barcelona por su tradición catalanista y cultural²⁸⁴ y a Sevilla a través de la influencia de las bases de Morón y Rota llegan las contraculturas americanas.

Con la idea de hacerse eco de la divulgación contracultural nace en Barcelona la revista *Ajoblanco*. Es una publicación colectiva con la que cinco jóvenes universitarios se proponen revisar los procesos de subjetivación, romper con las correas de transmisión del Régimen y la autoritaria oposición comunista. En palabras de uno de sus impulsores:

*“Me doy cuenta de que hay mucha gente como nosotros que está esparcida por el territorio del estado español pero que no sabemos dónde está, entonces hay que hacer algo (...) Creo que fue una empresa del nosotros, una empresa colectiva, estábamos en la era del nosotros, salíamos del movimiento hippie, creíamos que todavía era posible cambiar el mundo (...) Entonces decidimos hacer esa revista que abriera cauces, buscar lo que nosotros éramos pero fuera del elitismo”*²⁸⁵

La nueva revista, alejada de la guerra y de la posguerra inmediata, inmersa en la ampliación de los límites de lo consciente opta antes por el análisis político del sentido común, que por las consignas

283 Ribas J. Los 70 a destajo. Barcelona: RBA; 2007.

284 Sobre Barcelona y el underground: Ídem.

Nazario. La vida cotidiana del dibujante underground. Barcelona: Anagrama; 2016.

Sobre Sevilla: Iglesias G. Underground. La ciudad del Arco Iris [documental]; 2003.

285 Fernández de Castro D. Entrevista a Pepe Ribas[vídeo]; 2014. Disponible online en: *Ajoblanco.com* <https://vimeo.com/97153539> [consultado 25/2/2017].

del partido comunista. Así lo contaba en el año 77 otro de los editores iniciales del proyecto:

“De la tradición underground universalista, antiautoritaria, comunal, libertaria y descentralizante, emergió en la década de los sesenta la contracultura, que se caracterizó formalmente por su énfasis en la música rock, las drogas psicodélicas, las comunas y la filosofía oriental y hermética. El fenómeno se produjo en los Estados Unidos, donde las contradicciones de la sociedad de consumo habían llegado a un punto de crisis psicológica que podría describirse como de infelicidad en la opulencia”²⁸⁶.

En esta primera etapa, entre abril de 1974 y mayo de 1980, la revista atravesó un primer periodo de confluencia entre las contraculturas y la posmarxismos de la nueva izquierda. Esta última, junto con el anarquismo hispánico, llenará el espacio en el ciclo posterior, que terminará con el cierre de la revista.

El elemento común se mantuvo en un carácter marcadamente anti-institucional que se expresó tanto en el diseño y los contenidos de la revista como en la estructura de la redacción. En ella confluyeron las distintas reacciones y explicaciones frente a la “lógica de la dominación”, la tecnocracia o los dispositivos de poder.

Durante los dos primeros años Ajoblanco recuerda más a un fanzine que a una revista. La tirada es mínima, la publicación irregular, la divulgación local y la edición muy artesanal. Se escribe sobre LSD, Woodstock, mayo del 68 o Noam Chomsky con un diseño que se inspira en la estética de la contracultura americana. Para intentar mantener la coherencia con sus contenidos, la redacción de la revista funciona de manera asamblearia.

Es 1976. En marzo de ese año, el número dedicado a las fallas provoca el único encontronazo con la censura de la revista. En junio se secuestra la publicación y en julio se suspende durante cuatro meses, periodo que Ajoblanco aprovecha para reestructurarse.

Se consolida como publicación mensual y gana en estructura. Se organiza en tres grandes ejes: actualidad, cultura y secciones. La actualidad se concreta en un dossier central en torno al cual se articulan las secciones y la información cultural. Entre las secciones, tres de ellas -*minipimer*, *la cloaka* e *infociudades*- aparecen en todos los números. La mayor parte de ellas siguen un ritmo de

286 Racionero L. Las filosofías del underground, Barcelona: Anagrama; 1977. p. 11

aparición irregular que depende de la disponibilidad y de los colectivos que las respaldan.

Los colectivos reúnen grupos heterogéneos de personas alrededor de determinada temática. Algunos de sus componentes llegaron con sus propuestas a la modesta redacción de la revista o establecieron contacto con Ajoblanco a través de sus redes de afinidad: encuentros, fiestas, viajes, conciertos, amistades o presentaciones. Escriben sobre cine, sexualidad, terapias, modelos de salud alternativos, naturismo, viajes, ecología, música o feminismos. Quienes leían la revista encontraban experiencias comunales, activismos comunitarios, cooperativas, alternativas culturales de organización y entrevistas.

En julio del año 77 Ajoblanco editó *Barcelona Libertaria*²⁸⁷, un fanzine de tres números para informar sobre las jornadas libertarias internacionales que organizaba la CNT. El viraje anarquista de Ajoblanco había comenzado ocho meses antes, en noviembre del 76. Es el primer número que se publica después del secuestro de la revista. Dedicó su dossier central al situacionismo y reseña la CNT. El deje contracultural se mantiene en la presentación de la sección de la antipsiquiatría que, como veremos más adelante, se publicará desde noviembre del 76 hasta 1979, con una inicial regularidad bimensual.

El número 17 se centra en Durruti y el número 18, publicado en enero del 77, titula el dossier central escribiendo entre interrogantes la continuidad de la contracultura:

*“Las drogas psicodélicas se han mezclado con el speed y la heroína para destrozar a sus usuarios; las comunas, lejos de arraigar en la ciudad, se han postergado en inocuos enclaves bucólicos, las filosofías orientales y herméticas se han banalizado en Hare Krisnas y horóscopos”*²⁸⁸.

¿La muerte de la contracultura? recogía en parte la crítica de izquierdas y exponía también la división interna del equipo. Como proyecto de nuevo cuño, la redacción de Ajoblanco buscaba la manera de organizarse y resultar rentable manteniendo la coherencia con el modelo

287 La publicación se puede consultar en <http://www.cedall.org/Documentacio/Castella/cedall203130300.htm> [consultado 25 de febrero 2017]

288 Racionero L. Where have all the flowers gone? Ajoblanco. Enero de 1977; 18:23 Disponible en: <http://www.ajoblanco.org/historico> [consultado 25 de febrero 2017]

antiautoritario que defendía. La convivencia de planteamientos contraculturales, posmarxistas y anarquistas inclinó la publicación hacia estos dos últimos, soltando lastre con parte del equipo²⁸⁹.

El número 18 se cerró con citas de Durruti y Bakunin. En adelante la revista trató de aunar marxismo y anarquismo bajo presupuestos situacionistas. Demasiado narcisismo en la emancipación psicológica. Habrá revolución cuando no se soporte más la cotidianidad inhumana y comencemos a cambiar nuestras rutinas: *“Se trata de la formación del individuo, de su liberación tanto intelectual como material de las estructuras sociales que lo mantienen alienado”*²⁹⁰.

Antes de las jornadas de verano del 77, Ajoblanco era ya más anarquista que contracultural. De todas maneras el componente anti-institucional de ambos movimientos permite una transición suave entre uno y otro²⁹¹. No es posible delimitar ni dentro ni fuera de la revista los límites entre ambos. El equipo siguió siendo, por empeño de su director, José Ribas, muy heterogéneo. A los números siguientes se unió Francesc Boldú, miembro de la CNT, y al hilo de las jornadas entrevistan a García Calvo. La idea es que la contracultura deje paso a un producto más autóctono, una suerte de marxismo contracultural y libertario más cercano a la cultura popular y comunal que a las publicaciones de la oposición comunista.

En los números siguientes las columnas son para la ocupación, las comunas, la cooperación y la autogestión, temas en los que confluyen posmarxistas, contraculturales, artistas y anarquistas.

*“El hombre liberado no será ya el homo faber, sino el artista, es decir el creador de sus propias obras”*²⁹². Se hacen propuestas situacionistas y surrealistas. Se entrevista a Foucault, pero también a Cooper, a Lacan y a Guattari. Se defienden los ateneos libertarios frente a los ayuntamientos y las asociaciones de vecinos en manos de los comunistas. Se insiste en la responsabilidad social y en la educación activa.

289 Ribas J, Op. Cit.

290 Barcelona Libertaria. Jornadas Libertarias Internacionales. [Internet]. Cedall.org. 1977. Disponible en: <http://www.cedall.org/Documentacio/Castella/cedall203130300.htm> [consultado 25 de febrero 2017].

291 Ajoblanco se desnuda. Ajoblanco. Marzo 1977; 20:4-7.

292 Para comprender mejor los textos situacionistas. Ajoblanco. Noviembre 1976; 16:23-25

En invierno del 78, la crisis de la CNT les separa de la institución. Desarrollan entonces una serie de dossiers de cultura alternativa, en los que se centran en cambiar la vida cotidiana y promover una cultura comunitaria de raigambre mediterránea. En verano del 78 comienza el declive de esta tercera etapa. Seis meses más tarde la revista se encuentra con su propia crisis de la que da cuenta en el número 42. El experimento que fue aquel primer periodo de la revista se discute abiertamente en enero del 79. Las preguntas plantean el cómo de una profesionalización compatible con la autogestión y recorren todas las advertencias de la crítica a la contracultural²⁹³. Poco tiempo después su director general, José Ribas, deja la revista. Más adelante, en el año 2007, escribiría:

*“La libertad siempre es caótica; salimos del túnel autoritario y hay que tener paciencia y ofrecer buenos materiales para que los hábitos se desprendan del dogmatismo y de las rivalidades ideológicas absurdas”*²⁹⁴.

Dentro y fuera de la redacción hubo quien vio en Ajoblanco *un esqueje apolillado del romanticismo*. Se descalificaron sus contenidos con apelaciones al futuro y ataques al origen burgués del equipo directivo. Sobre la premisa de que la contracultura era un producto de importación, listo para ser asimilado por la cultura patria, se les consideró profetas de la colonización e importadores de ideología. Lo cierto es que ni Ajoblanco, ni las contraculturas de nueva izquierda, ni los derechos civiles de las minorías consiguieron articular un movimiento de masas en nuestro país. No hubo un malestar compartido ni una libertad política que diera lugar a las movilizaciones de Francia, Holanda o California.

En junio de 1980 se publica el último número de esta primera etapa, el 56. Hasta esa fecha Ajoblanco llegó a vender unos cien mil ejemplares por número, con los que estimó haber alcanzado el millón de lectores²⁹⁵. A nuestro entender, sin llegar a ser ese movimiento de masas, el éxito de Ajoblanco habla a favor de una modificación en la estructura social y económica.

España se encuentra en ese momento en su segundo plan de desarrollo. El grado de

293 Puig T. Ajoblanco, eso es una crisis. Ajoblanco. Enero 1979;42:4.

294 Ribas, J, Op. Cit. p 442.

295 Ribas, J, Op. Cit.

industrialización del país avanza y al aumentar su capacidad productiva la miseria económica deja al descubierto la miseria cultural. Nos llama la atención la serena recepción de los contenidos en la revista. El secuestro del 76 fue un hecho puntual que, si hacemos caso a Ribas²⁹⁶, evitó a la sanción de *Cambio16*, mucho más popular y preocupante para el régimen por aquel entonces. Por lo demás, Ajoblanco llegó a los quioscos con regularidad mientras divulgaba un modelo opuesto al autoritarismo un tanto maltrecho del régimen franquista.

Si hubiera que buscar un punto en común a las propuestas que Ajoblanco realizó durante su primera etapa lo encontraríamos en la crítica cultural de nueva izquierda. Desde el número uno, la revista se opuso a todo tipo de autoridad institucional, incluida la exhibida por el partido comunista y dedicó muchas de sus portadas a todas las corrientes *anti*. De la contracultura conservó la crítica institucional y en cada uno de sus números se dedicó a divulgar las alternativas que la nueva izquierda intentó frente a la tecnocracia:

*“Y penetramos en el terreno de las connotaciones marginales y de sus luchas denunciando que, en nombre del humanismo, nuestra liberal sociedad ha construido cárceles para los que rompen su equilibrio social, manicomios para los locos, hospitales para la miseria, escuelas para ‘civilizar’ a los críos, familias para mantenernos en células de producción controlables”*²⁹⁷.

Funcionó como una caja de resonancia de los incipientes feminismos, la homosexualidad, el naturismo, la ecología, la objeción de conciencia, los presos en lucha, la sexología y la antipsiquiatría. Algunos de estos contenidos llegarían a ganarse una revista propia como *Alfalfa* o un número extra como la antipsiquiatría.

VII. 3. 2. El colectivo de antipsiquiatría

Decíamos que Ajoblanco cedió a los colectivos parte de los contenidos de la revista. Los colectivos tienden puentes entre redactores y lectores. Para la revista significa una mayor transversalidad. Y por tanto mayor coherencia y una manera de canalizar, participar y promocionar

296 Ídem.

297 Puig T. Ajoblanco, eso es una crisis. Ajoblanco. Enero 1979;42:4.

las formas culturales emergentes. A veces estos colectivos se han organizado antes de escribir en la revista. En otras ocasiones han confluído directamente en la redacción al encontrar en la publicación su único medio de expresión. Este es el caso del colectivo de antipsiquiatría.

Manuel Baldiz estaba adscrito a la escuela profesional de psiquiatría de la Universidad de Barcelona, dirigida por el catedrático Ramón Sarró. Comenzó su formación en el Hospital Clínico de la ciudad a principios de la década de los 70, primero bajo la dirección de Sarró, luego con Joan Obiols, quien sucedió a este último tras su jubilación en el año 1972. Tanto Obiols como Sarró reunieron en torno a sí un equipo muy heterogéneo al que, al menos el primero, no puso excesivas trabas para desarrollar sus propios proyectos.

Es el caso de Luis Cabrero y José Luis Fábregas²⁹⁸, con los que Baldiz coincide en el Clínico. Habían comenzado en la sala de psiquiatría una reforma en la línea de Maxwell Jones o del Saint Alban de Tosquelles. Baldiz les llama *jóvenes antipsiquiatras*²⁹⁹. A través de ellos se empieza a interesar por la crítica psiquiátrica en la época en la que se comenzaba a editar Ajoblanco:

*“Yo leía el Ajoblanco, me gustaba, me pareció una revista valiente, original y un buen día me presenté en el local que tenían y enseguida hice amistad con el triunvirato, con el Pepe Ribas, el Toni Puig y el Fernando Mir (...). Hice un primer artículo muy extraño, que es una especie de galimatías, que se llamaba algo así como la búsqueda de la felicidad perdida y luego les propuse hacer una sección de antipsiquiatría”*³⁰⁰.

Sobre este primer encuentro también escribirá Ribas casi treinta años después:

*“Traía un escrito que me pasó a mí por estar cerca. Parecía serio. Lo observé intrigado y leí un pedazo: el hombre actual no es feliz. La injusticia social es hija de muchos factores y la revolución no puede ser meramente política y mucho menos violenta (...) y habló de la necesidad de divulgar técnicas de superación del ego, pedagogías experimentales, sexualidad, arte y misticismo (...) el muchacho era fan de Racionero”*³⁰¹.

¿Por qué decide Pepe Ribas mantener una sección de antipsiquiatría en una revista que estaba

298 Fábregas escribiría, junto con Amador Calafat, que vivía en esas fechas en las comunidades de la Philadelphia Association, un libro en el que resumían desde una triple perspectiva -existencialista, social y ética- las corrientes antipsiquiátricas. Así mismo el libro incluyó una entrevista con Laing. Fábregas JL y Calafat A. Política de la psiquiatría (charlando con Laing). Madrid: Zero; 1976. 299. Baldiz M. Entrevista propia [vídeo]. 6 de octubre de 2016.

300 Ídem.

301 Ribas J, Op. Cit. p 227.

dejando atrás la contracultura de sus inicios? Por un lado se trató de un colectivo más, con cuyos escritos se comprometía la revista.

En cuanto a Ribas, al margen de su fascinación inicial por la contracultura o su afiliación posterior a la CNT, mantuvo un interés constante por la antipsiquiatría. En la línea de Maxwell Jones o del Palo Alto de Gregory Bateson, asimiló los problemas individuales a problemas de relación, que interpretó a su vez en términos de comunicación fallida. Ya más próximo a Basaglia, entendió el problema del lenguaje como una patología social, haciendo uso de la tendencia de los 60 a analizar y describir en términos psicológicos los problemas sociales³⁰². En la estela de las contraculturas de nueva izquierda, pensó y experimentó la emancipación individual también como revolución política:

“Me fascinaba que, a diferencia de Breton, Artaud no se hubiera adherido a planteamientos revolucionarios de papel, sino que hubiera politizado su existencia hasta convertir su vida y su cuerpo en una obra de arte revolucionaria”³⁰³.

La contracultura entendida en sus orígenes y en su radicalidad inicial, apostaba también por la antipsiquiatría:

“Conocí a Ken Kesey, el autor de la novela en la que se basa el guión, cuando participaba en Berkeley en el movimiento para liberar las cárceles californianas y las instituciones mentales (...) Lo que se cuestiona es la falsa neutralidad política de elementos e instituciones teóricamente asépticas y apolíticas, como un hospital psiquiátrico o el mismopsicoanálisis (...) No se puede ir a la luna mientras no se sabe curar todavía a los lunáticos de la tierra”³⁰⁴.

Las ideas y el interés de Ribas unidas con la aceptación de la sección dan cuenta de la divulgación conjunta de la contrapsicología y el antiautoritarismo en nuestro país. Junto con la censura franquista, que como veremos más adelante facilitó en prensa la difusión de los conflictos médicos

302 ¿De dónde provenían los traumas, la cerrazón individualista o los celos endiablados que dinamitaban las relaciones de pareja, de familia, de amistad, la labor en equipo y los proyectos colectivos? Para mí eran los síntomas de una comunicación enferma. Una sociedad construida sobre el miedo, la represión y la doble vida. Ribas J, Op. Cit. p. 337

303 Ribas J, Op. Cit. p. 227

304 Racionero L. Alguien voló sobre el nido del cuco. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:41. Ken Kesey, figura emblemática del *underground* contestatario estadounidense, escribió la novela *Alguien voló sobre el nido del cuco* en 1959, si bien la obra no se publicó hasta 1962. En dicha obra se basó el guión de la película de Milos Forman de 1975. Sobre la novela y sus contenidos psiquiátricos, véase Bryfonski D. Mental illness in Ken Kesey's *One Flew Over the Cuckoo's Nest*. Detroit: Greenhaven Press; 2010

de principios de los 70, hizo posible el repentino salto al estrellato de la psiquiatría en este periodo.

El malestar psíquico se transformó en el reverso del social -movimiento por otro lado muy contrapsicológico- y se hizo de su denuncia un asunto de psiquiatras. Las terapias, además de un reverso pastoral, o más bien fuera de él, tenían un lado político y combativo.

La sección de antipsiquiatría se publicó de manera continúa aunque irregular entre 1976 y 1979. Baldiz fue su principal redactor hasta el número 24, en verano del 77. A partir de esa fecha, es Carlos Rey, psicólogo del Centro de Higiene Mental del Carmelo y compañero de Baldiz, quien continúa escribiendo y coordinando la sección, que irá languideciendo lentamente.

En marzo del 78, Ajoblanco dedica a la antipsiquiatría uno de los cuatro extras de ese año. La tirada es de 30.000 ejemplares. En ese número el colectivo cambia su nombre por el de *Colectivo de Salud Mental*. Se separa así de la contracultura y se alinea con una futura reforma psiquiátrica.

Ajoblanco y el colectivo aprovechan la presentación del extra para organizar las jornadas *Problemática de la Salud Mental Hoy* en la sala Villarroel de Barcelona. Se convoca a muchos de los colectivos y coordinadoras que trataban temas de salud mental: asociaciones de vecinos, Coordinadora de Enfermería Psiquiátrica de Cataluña, Coordinadora de Centros de Higiene Mental, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colegio de Psicólogos, Colectivo de Psiquiatrizados, Asociación de Asistentes Sociales y Colectivo Universitario de Antipsiquiatría³⁰⁵. Entre otros, hablan Félix Guattari y Franco Basaglia. Se plantean temas como la legislación, la relación entre mujer y locura o, dentro de la crítica institucional de izquierda, el vínculo entre represión e institución.

VII. 3. 3. La sección de antipsiquiatría:

Noviembre de 1976. Ajoblanco se presenta con un formato más sólido tras el secuestro de la

305 El colectivo universitario de antipsiquiatría se pone en marcha por iniciativa de Ramón García. Entrevista propia [vídeo] 12/3/2015. García R. Historia de una ruptura el ayer y hoy de la psiquiatría española. Barcelona: Virus editorial; 1996.

revista. La pausa estival permite reorganizar los contenidos de la publicación y al final del número 16 se dedica página y media a la antipsiquiatría. La sección va a mantener una regularidad casi bimensual hasta el extra del 78. A partir de ahí, coincidiendo con la crisis del comité editorial y la marcha de Pepe Ribas, los contenidos de salud mental prácticamente desaparecen.

La Antipsiquiatría ocupó entre una y dos páginas a tres columnas diseñadas según el formato habitual de la revista. Al principio incluían la firma de su promotor, Manuel Baldiz, o sus alias *-el masturbador albino y el joven ornitorrinco-*. Más adelante, como ya anticipamos, la autoría se atribuye al Colectivo para la Salud Mental compuesto por profesionales del hospital Clínico de Barcelona. Con ambos autores colaborarán, en el número monográfico, los psiquiatras Enrique González Duro, José Luis Fábregas y Enric Mora.

La sección de *Antipsiquiatría* nació con un doble objetivo: informar con cierto rigor sobre los contenidos teóricos de la antipsiquiatría *-se quiere evitar la mistificación debida a su popularización-* y funcionar como altavoz de las experiencias de los *psiquiatrizados*³⁰⁶.

*“Necesitamos desesperadamente el contacto directo, espontáneo y vitalista de los que estáis al otro lado de la letra impresa. Por ello, creemos fundamental que nos escribáis todos aquellos que tengáis algo que decir”*³⁰⁷.

No obstante, quienes hicieron uso del tratamiento psiquiátrico se resistieron a enviar sus experiencias y no llegaron a tener una presencia tan fuerte como su contrapartida dialéctica, los *psiquiatrizantes*. Ocho de las cartas de los psiquiatrizados ocuparon las páginas finales del extra de marzo del 78 como un punto de vista más entre los que trataba de recopilar el especial. Algunas de sus opiniones se desperdigaron por los números restantes.

Otra carta, el mensaje que el poeta Antonin Artaud³⁰⁸ dirigió en 1925 a los directores de

306 Nombre con el que el colectivo designaba a quienes estuvieron sujetos a la acción psiquiátrica por contraposición con los psiquiatrizantes, que la ejercían. *Antipsiquiatría*. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978.

307 *Antipsiquiatría*. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:46.

308 André Breton comenzó a editar *La Revolución Surrealista* en 1924 como medio de expresión de los autores que ese mismo año cofirmaron con él el primer manifiesto surrealista. A ellos se une Artaud que a partir de 1925 se hace cargo tanto de la edición de la revista como de la dirección de la Central de Investigaciones Surrealistas. En el primer número que edita Artaud, el número tres, publica las *Cartas a los poderes*. Escribe al Papa, al Dalái Lama, a los rectores de las universidades europeas, a los directores de los asilos de locos y a las escuelas de Buda criticando la lógica opresiva de sus instituciones: *"cuidado con vuestras lógicas; no imagináis hasta donde puede llevarnos nuestro*

los asilos de locos, cerró el primer artículo de la sección. El colectivo la volvería a reproducir en el número 26. Fábregas y Amador Calafat la publicarían como prólogo de su libro *Políticas de la psiquiatría* que formaría además parte de la bibliografía reseñada en Ajoblanco.

La carta de Artaud contiene muchos de los temas de la crítica psiquiátrica del periodo que compartieron psiquiatrizados y psiquiatrizantes: el encierro y la coacción institucional –“*los asilos, lejos de ser ‘asilos’, son cárceles horrendas*”-; el diagnóstico como signo vacío de esa represión –“*los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social*”- y la resignificación de la locura como puerta de acceso a una nueva forma de conocimiento:

*“Sin insistir en el carácter verdaderamente genial de las manifestaciones de ciertos locos, en la medida de nuestra aptitud para estimarlas, afirmamos la legitimidad absoluta de su concepción de la realidad y de todos los actos que de ella se derivan”*³⁰⁹.

Aunque los textos del colectivo no tuvieron la fuerza de Artaud, si cumplieron con sus fines iniciales. La sección no se limitó a los aspectos teóricos de la antipsiquiatría. De acuerdo con el planteamiento de Ajoblanco se ocupó en profundidad de las alternativas terapéuticas propuestas. Vamos a revisar los temas que trató y el alcance de las alternativas publicadas.

VII. 3. 4. La locura frente a los trastornos.

La antipsiquiatría que aparece en Ajoblanco comienza con la crítica de la psiquiatría tradicional, pero también revisa la divulgación de la antipsiquiatría como un nuevo objeto de consumo. La diana es la explicación médico-psicológica del trastorno mental que racionaliza con su jerga la crítica social. La psiquiatría es un dispositivo laico de clasificación de las desviaciones sociales que complementa al del sistema legal. Ambos modelos, psiquiátrico y legal, se

odio a la logica”. Este fragmento pertenece al editorial, *¡A la mesa!*, con el que Artaud abre el número de abril. El texto completo en la página 29 de *La Revolución Surréaliste* nº 3, abril 1925 está disponible en Gallica en su idioma original: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58450863.item> [consultado 25 de febrero de 2017].

309 Argonauta ha publicado una versión en español con el título de Cartas a los poderes. Hay una gran variedad de traducciones libres que pueden encontrarse online. En el apartado anterior, nosotros hemos utilizado el texto reproducido en la presentación de la sección de antipsiquiatría. Antipsiquiatría. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:46. Disponible online en: https://issuu.com/revistaajoblanco/docs/ajoblanco_16_noviembre_1976 [consultado el 25 de febrero de 2017].

entremezclan con un tercero, el educativo, para forzar con distintos niveles de sutileza, la tutela y el encierro, la asimilación de los desencajados.

La clasificación y la terapia del trastorno mental permiten la integración del desviado sin que haya riesgo de contagio o desequilibrio dentro de la estructura que los produce. La cosificación, reificación u objetivación de la psiquiatría funciona como herramienta de control institucional que opone al malestar de la cultura la *violencia científica*, representada por un modelo médico que simboliza el electroshock:

*“Y que utilizábamos el electroschock como símbolo o botón de muestra de la tecnificación psiquiátrica de la violencia, creemos que sería de gran utilidad el que opinaseis sobre el mismo todos los que desearais hacerlo, tanto si lo habéis sufrido en vuestro propio cerebro como si no habéis tenido esa ‘suerte’ ”*³¹⁰.

El trastorno mental, en su definición convencional, es decir, psiquiátrica, amplifica la función ideológica en la ciencia: deglutir los aspectos políticos y sociales que convergen en el trastorno.

La recepción de la antipsiquiatría aparece en Ajoblanco como un crisol de propuestas críticas con una divulgación social masiva, pero con escasa repercusión en la práctica. Se sitúa antes que nada junto con la crítica a los expertos. De la antipsiquiatría, teme su incorporación al mercado ideológico como nueva identidad, tal y como había sucedido con el movimiento hippie a finales de los 60.

Como en el resto de las secciones de Ajoblanco, no se descuidan los aspectos teóricos. La locura se interpreta desde el triple componente fenomenológico, político y ético de Calafat y Fábregas, compañeros de Baldiz en el Clínico. Se trata entonces de buscar una explicación de la locura que se aleje del modelo médico-psicológico, del recorte en categorías, y favorezca la libre expresión de la locura.

En la medida en que la crítica psiquiátrica es la crítica del control social, la emancipación de la locura es un proceso individual que antecede al colectivo y que rehúye el cartabón de los expertos. El grafismo de la revista, la llamada a la participación y la difusión de experiencias prácticas complementan la divulgación antipsiquiátrica de la revista.

310 Antipsiquiatría. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:46.

Las alternativas que se plantean en la sección de antipsiquiatría de Ajoblanco se inclinan por el desarrollo de Laing, pero dentro de la interpretación política de Basaglia:

“Los hombres que encarnan y hablan de otro tipo de normas, de otros enfoques posibles de ver y vivir la existencia, estaban condenados, fatalmente, al encierro y al anonimato. Y no porque ellos lo necesiten, sino porque lo necesitamos nosotros”³¹¹.

Por el contrario, la explicación médico-psicológica, se vacía en forma y en contenido:

“Se trata, según explican los científicos, de una compleja sustancia que se ha aislado del suero de los pacientes esquizofrénicos. El nombre de tan peligrosa sustancia es PLUSVALIA”³¹².

No se llega al extremo de negar una explicación somática. Un primer filtro es el lenguaje, la lógica y los tabús, pero también la percepción y el sistema nervioso tamizan nuestro contacto con el mundo. Lo extraño queda en la periferia y se asimila a lo inconsciente, constituido por aquellas experiencias que no pueden pasar la barrera.

La locura, la experiencia mística o el viaje psicodélico sobrepasan el filtro. Cuando así sucede, es necesario regresar y reconstruirlo para contemplar el mundo de una manera nueva. El viaje metanoico es un camino de ida y vuelta. Como Ulises hay que regresar a casa. Hay algo luminoso en la locura, aunque aquí la metáfora no es la descarga epiléptica sino *“la energía eterna del universo que juega constantemente al escondite consigo misma. Y la energía es luz”³¹³*. Demasiada energía más que alumbrar ciega *“y hay que tener cuidado”*:

“Se trata de volver a enraizar en la masa de nuestros pensamientos el tejido espeso de otros pensamientos frente a los cuales hemos levantado muros inexpugnables”³¹⁴

“Me pareció adivinar que poseía un mundo muy suyo con el que intenté dialogar. No era un disminuido. Era otra persona. Y podíamos comunicarnos”³¹⁵.

Cuando se utilizan rótulos diagnósticos se habla de sus portadores como viejos conocidos, con rasgos físicos y de personalidad muy ricos en matices que otorgan a la categoría una relevancia

311 Desencierro de la locura. Ajoblanco. 1977;26:50.

312 El masturbador albino. Noticias antipsiquiátricas. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

313 Baldiz M. Locos, místicos y colgados. Ajoblanco. Julio y agosto 1977;24:66.

314 Anónimo. A los locos mis compañeros. Ajoblanco. Octubre 1977;26:51.

315 Disminuidos físicos y psíquicos. Nosotros también somos ciudadanos. En Dossier Marginación. Ajoblanco. Febrero 1978;30:41.

mínima: Se lleva a cabo una fuerte inversión de los valores atribuidos al loco: del loco peligroso, se pasa al hombre sensible que sufre. El loco se opone al hombre normal, adjetivo que adquiere una connotación peyorativa:

“Psicosis normofrénica frente a psicosis esquizofrénica cuyos síntomas son: doblarse, acomodarse, normalizarse, consolarse con la tele, la política, el deporte la ciencia y el plástico”³¹⁶.

En su resistencia y en su mensaje encontramos autenticidad y rasgos heroicos:

“Si dos o tres besos de amor eran un delito, yo era entonces una delincuente”³¹⁷.

Esta descripción romántica del personaje coexiste con la que relaciona, a nivel general, miseria y locura. La locura se entiende en el marco de la estructura socioeconómica como un resultado más de la explotación de la miseria.

La explicación sociológica se extiende a todas las patologías mentales, pero su peso varía de un trastorno a otro: si la esquizofrenia o la autenticidad son las manifestaciones del individuo que sufre y resiste, el alcoholismo expresa las contradicciones del sistema. Conserva una doble función productiva: se consume porque se produce y viceversa. La mano que te da de beber es la misma que luego te culpabiliza, idea que no se defiende solamente en Ajoblanco, pero que solo en la revista se analiza en términos de la clase social de origen y del grado de explotación.

Aunque no se explica en los términos de la OMS, se observa un cierto automatismo en las adicciones. Si para la OMS marcaba la flexibilidad del hábito y de la introspección, en Ajoblanco se trata de un hábito moral con origen en la estructura socioeconómica. Es una muestra de hipocresía, represión social y manipulación; uno es culpable de beber, pero quien fabrica y comercializa el alcohol, no.

La integración del alcohólico depende de la clase social, ya no solo por las posibilidades de cura. La clase influye en el hábito y tolerancia al consumo, pero también en la descripción de la patología, en el modelo de tratamiento y en la estigmatización de quien lo padece. El alcoholismo es

316 El joven ornitorrinco. Epílogo. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

317 Almudena. Una experiencia. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

el ejemplo más sangrante de una doble moral: extraer beneficio, sin asumir los gastos y culpabilizar al más frágil. La contradicción social como mecanismo general es aquí absolutamente visible³¹⁸.

En los estudios sobre alcohol es significativo que se reconozcan factores como la radio, la televisión, pero no la clase social. Además de la promoción, se bebe por razones sociales, políticas y legales.

Como en el caso del alcohol, el consumo de otras drogas abarca a productores y producto. El drogadicto no es sólo el resultado de la permisividad de las drogas legales sino también de la doble explotación de los productores. Esta perspectiva sociogénica se combina con el elemento contracultural: el drogadicto informa de la banalidad del sistema, es una víctima.³¹⁹

Aun con ese peso más social que psíquico, también en Ajoblanco, a mediados de los 70, las drogas se consideraban un problema de salud mental. Se consumían barbitúricos, heroína (la droga más cara), valina, libina, anfetaminas y cocaína. Entre los alucinógenos, LSD y sus variantes, psilocibina, mescalina, marihuana y disolvente.

VII. 3. 5. La lógica de la asimilación

Sin entrar en la discusión entre la lógica de la dominación y las racionalidades dominantes, Ajoblanco describió en los contenidos de la antipsiquiatría distintas modalidades de asimilación que excedían con creces la represión que sirvió a la contracultura como punto de partida. La integración, al menos, responde a una lógica que no solamente es más productiva que represiva:

“El antipsiquiatra puede ser algo así como el más sutil salvaguardador del orden social utilizando instrumentos novedosos -y hasta contraculturales - que han perdido toda su fuerza desde el momento en que han sido compartimentados y descontextualizados”³²⁰.

Ajoblanco se preocupa una y otra vez por la futura integración de la antipsiquiatría y se resigna frente a ella. La asimilación de la corriente crítica es el mecanismo más poderoso de integración. Anula

318 Filipo el del bar. Alcohólicos: a beber, a beber sin olvidar. Ajoblanco. Febrero 1978;30:42.

319 Aquí el departamento de toxicomanía. Entrevista con el Dr. Freixa. Ajoblanco. Marzo 1978;31:36-37.

320 Baldiz, M. Antipsiquiatría 3. Ajoblanco. Enero 1977;18:36-37.

y tergiversa el proyecto original porque fuerza la coexistencia de lógicas dispares. La coherencia entre la teoría y la práctica desaparece a favor del contexto que digiere la crítica.

Se produce y se vende la nueva ideología, conservando las formas y los símbolos de la crítica pero manteniendo las prácticas tradicionales. Lo que queda es un discurso vacío, que trata de desactivar la protesta sin arriesgarse a ponerla en marcha. Es el caso de los manicomios del PANAP o de los dispensarios de la Seguridad Social cuya forma es comunitaria y cuyo fondo es manicomial. O del libro divulgativo de Joan Obiols, *Psiquiatría y antipsiquiatría*³²¹.

Ya hablamos más arriba de las dificultades del propio Ajoblanco a la hora de sostenerse y organizarse. Como veremos más adelante, entre los Centros de Higiene Mental de Barcelona la asimilación se identifica con la institucionalización, y esta con la conservación de una óptica manicomial. La discusión sobre el modelo de intervención terapéutica no se aborda directamente, pero el problema de quien lo financia se asocia a una decisión sobre el modelo terapéutico. Encontramos aquí una primera dificultad -cómo mantenerse económicamente sin condicionar el sistema de asistencia- y la consecuente división.

Algunas de las prácticas para compartimentar y descontextualizar la crítica se limitan a aislar literalmente la experiencia y la cierran sobre sí misma. Simplemente se oponen a los cambios que el propio funcionamiento va marcando. Es el caso del entorno del hospital de día de Madrid.

El hospital de día de Madrid sufrió por un lado la oposición de parte del personal de las clínicas al proyecto. Por el otro la hostilidad de la comunidad, que se sintió objeto de un experimento social³²². El conflicto terminaría con la irrupción de la policía en una de las asambleas. El hospital de

321 Joan Obiols llegó a la cátedra de Barcelona tras la jubilación de Ramón Sarró en 1971. Como cátedro se hizo cargo de la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico de esta ciudad, hospital en el coincidió con los jóvenes antipsiquiatras catalanes que ya hemos mencionado: Ramón García y más tarde con Manuel Baldiz, Jose Luis Fábregas y Amador Calafat. Editó este libro sobre antipsiquiatría que incluyó una entrevista con Basaglia. El contenido de esta entrevista, coherente con los pie de fotos, contrasta con el resto del texto. El libro propone un consenso basado en la perspectiva del progreso continuo del modelo clínico que se plantea como integración "neutra" de la locura. Su base se centra en la medicación y la transposición del aislamiento a la comunidad. A modo de ejemplo citamos la siguiente frase de la página 79 sobre "*la transformación radical de la antigua institución cerrada y disciplinaria. Baste como indicativo, a título de mero ejemplo, la sustitución de las simbólicas rejas por tranquilizadoras superficies acristaladas*". Obiols Vié J. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1975.

322 Baldiz M. Entrevista Enrique González Duro. Reflexiones sobre una corta estancia en el hospital de día de González Duro (un espacio de verificación de la locura). *Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco Extra*, marzo 1978: 28-30.

día sufrió, además de un problema de espacio e integración, una financiación insuficiente. El centro funcionaba a costa de pasantes y voluntarios, con los riesgos que más adelante se describen en la experiencia de La Borde y cuando volvamos sobre la asistencia en el propio Hospital.

Es posible también realizar una integración selectiva. En este caso solo se incorporan aquellas experiencias que ya tengan cabida en la matriz social previa. Lo que se fuerza en este caso es la función. Es el caso del yoga y otras técnicas corporales que se asimilan con una finalidad lúdica. Nos permiten nuevas formas de relación con nuestro cuerpo para hacer más llevadera nuestra vida cotidiana. Atrás se queda su fundamento, su procedencia, su raigambre histórica y su contenido teórico.

Lo mismo ocurrió con el ganar conciencia, ser consciente, oponerse a la alienación. La antipsiquiatría y la contrapsicología otorgaron a la introspección un valor supremo. Conocer como ha cristalizado en nuestro interior la represión exterior es la táctica fundamental frente a la alienación, y por tanto frente a la lógica instrumental que la genera. Si en el caso extremo del abuso de tóxicos la introspección en la OMS liberaba del trastorno, el saber de sí nos emancipa de las estrategias disciplinarias de las sociedades industriales avanzadas. Conocerse y liberarse a uno mismo rompe con el régimen tecnocrático de verdad porque amplía lo real más allá de sus posibilidades. Lo que es verdadero y lo que no lo es prescinde de referentes. Somos completamente libres y complemente nuevos. Tal descodificación del inconsciente consigue un valor verdadero y revolucionario

Las mil y una variantes terapéuticas siguen primando esta consciencia, bien bajo el modelo freudiano de realidad -terapias orientadas a la introspección y terapias cognitivas-, bien mediante una relación consciente con nuestro propio cuerpo -técnicas de relajación, terapias de reconocimiento y expresión emocional-. En cualquier caso, las prácticas se separan de los fundamentos que las precedieron para transformarse en técnicas psicológicas individuales y productivas.

El mismo modelo de integración percibe Ajoblanco en la locura. La integración le otorga al loco una función previa en el interior una estructura predefinida: si no hay acción productiva o función

El colectivo. El arcaísmo del manicomio. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978:50.

de consumo -loco con dinero-, al loco solo le queda una función lúdica: o comercializa esa función y se transforma en bufón y en loco integrado, o entra en el cajón de la marginación: *“en él la energía lúdica no está convenientemente canalizada, comercializada. Sus expresiones lúdicas son duramente reprimidas y diseccionadas, ora por los agentes de la represión, ora por los locos tolerados”*³²³.

Hay talantes tan autoritarios que ni siquiera buscan argumentos: *“acusar al pensamiento revolucionario de irracional”*³²⁴.

La última táctica para una buena digestión es una variante de la nutrición selectiva. Dentro de la crítica se distingue un ala radical y un abordaje moderado. Se marcan así los límites de la innovación para dejar fuera el resto del planteamiento.

VII. 3. 6. La institucionalización: Redes antipsiquiátricas

Hubo dos estructuras básicas de organización dentro de la oposición de izquierdas en nuestro país. Las coordinadoras y los colectivos. Ambas procedían de la izquierda clásica. Si las coordinadoras articulaban la acción en las movilizaciones, los grupos de afinidad temáticas confluían en los colectivos. Comentamos como Ajoblanco se organizó desde su fundación como punto de reunión de varios grupos de este tipo.

Además del propio Colectivo de Antipsiquiatría, futuro Colectivo de Salud Mental y autor conjunto de la sección y del extra de *Antipsiquiatría*, Ajoblanco reprodujo los escritos de otros dos colectivos: los Centros de Higiene Mental y los Psiquiatrizados en lucha. Entre las agrupaciones que acudieron a escuchar a Basaglia y Guattari a las jornadas de la sala Villarroel se mencionaron las de los universitarios, enfermeras, psiquiatrizados y asistentes sociales interesados en el tema, o implicados en una práctica común, que acudieron como colectivos a las jornadas.

Al menos, los tres grupos que escribieron en Ajoblanco, se constituyeron sobre una identidad

323 El colectivo. Locos tolerados, locos perseguidos. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978:46.

324 Puig T. David Cooper o la capacidad de estar loco. Ajoblanco, Febrero 1978;30:60.

muy heterogénea. El objetivo de sus reuniones o de sus escritos no era tanto consensuar como poner en común, es decir, revisar la propia experiencia y sus relaciones con las instituciones para evitar la asimilación e ir introduciendo, desde la práctica, las modificaciones necesarias. Asimismo, se trataba de normalizar la locura desde la alianza con el psiquiatra.

Si dentro del colectivo antipsiquiátrico encontramos opiniones personales, solo cobran sentido en el contexto del grupo: como contrapunto, como crítica o como freno de una línea dominante de pensamiento. El debate es un punto de partida, una apertura del discurso grupal que sigue sus propios derroteros, independientemente de quién o de quienes lo hayan puesto en marcha. Encontraremos este freno en la discusión sobre la financiación de los centros de salud mental -la revisaremos más adelante al hablar de la asistencia- o en la reclamación de derechos para propios y ajenos, a la que, adelantamos, llegan los Psiquiatrizados.

Ya hemos dicho que el colectivo de antipsiquiatría procedía del clínico de Barcelona o de su red de contactos. Entre las pocas referencias peninsulares figura Madrid con el hospital de día de Enrique González Duro.

Por su activismo local o por su repercusión en otros medios de comunicación nos llama la atención la ausencia en Ajoblanco tanto de Ramón García como de los psiquiatras de las movilizaciones profesionales de primeros 70: Oviedo, Barcelona, Girona, Conxo o Madrid³²⁵.

La actividad de los participantes en las movilizaciones profesionales se estructuró dentro de la coordinadora de los conflictos. Más adelante, tras una discutida decisión, continuó en la Asociación Española de Neuropsiquiatría en cuya comisión legal confluiría parte de la red de Barcelona con la de Madrid, Oviedo o Galicia.

Ramón García es uno de los psiquiatras más representativos de los movimientos críticos en Barcelona y España a finales de los 60. Entre el 67 y el 73 organizó en Barcelona la corriente crítica en torno a tres grupos: estudiantes, psicopedagogos y psiquiatras. García imparte la asignatura

³²⁵ Baldiz nació en el 1952 y González Duro en 1939. Entre ambos, se sitúan el resto de los psiquiatras. Por consiguiente, no se trató solamente de una cuestión generacional.

de psicología en la universidad de medicina. Para sus estudiantes organizó un seminario universitario interprofesional. Un afán un tanto higienista en la línea de Basaglia -alianza del técnico con los institucionalizados y no con las estructuras que les cobijan- le impulsa, incluso antes de entrar en contacto con el psiquiatra italiano, a reunirse periódicamente con médicos y maestros en un informal Equipo Médico Psicopedagógico. Participó todavía de una tercera red, el Grupo de Psiquiatras Progresistas. Los promotores son dos psiquiatras del Instituto Mental de la Santa Cruz, José Jaen y Josep Clusa, vinculados académicamente a Mira y López a través del director del instituto, el Doctor Fuster. En el año 68 el grupo se consolida con el traslado desde la casa de Jaen a la Academia de Ciencias de Barcelona. Acuden a las reuniones Castilla del Pino, Oury, Tosquelles y en el año 71 Franco Basaglia.

Aunque García se había especializado en el mismo Hospital Clínico que los psiquiatras del colectivo, cursó la especialidad cuando la escuela de formación la dirigía Sarró, que había sustituido en la cátedra a Mira y López tras su exilio. Cuando comienza a publicarse Ajoblanco, en el año 74, García continuaba su labor profesional en Bétera, tras ser despedido durante la protesta por la clausura del Instituto Mental de la Santa Creu. Por otro lado, vemos que tanto García como la red de movilizaciones contaban con sus propios grupos de afinidad cuyo problema nuclear era la represión manicomial. En estos la prensa se utiliza como arma defensiva. No se entendió como una forma de acción con capacidad de promoción o reivindicación.

Como veremos a lo largo de este capítulo, también para los psiquiatras de Ajoblanco se trata de evitar la lógica manicomial puertas afuera. La diferencia en Ajoblanco con respecto a los grupos anteriores estará en la discusión sobre el papel del Estado en la asistencia.

VII. 3. 7. Dispositivos asistenciales.

VII. 3. 7. 1. Principios de la asistencia.

Aunque la antipsiquiatría de Ajoblanco empleó el electroshock como símbolo de falsa

cientificación de la locura no se posicionó abiertamente frente a este. Al igual que la antipsiquiatría anglosajona e italiana, no centró su crítica en los psicofármacos o en los modelos autoritarios de tratamiento y psicoterapia sino que denunció la ideología que encubría su utilización y trató de desarrollar métodos alternativos de tratamiento. Rara vez se unió la revista a las denuncias sanitarias de los déficits de las instituciones de salud mental en nuestro país. Entre otras razones, porque, dentro de la heterogeneidad del colectivo, hubo quien no confió en la capacidad del Estado para reformarse o asumir la crítica institucional sin asimilarla.

“Se nos ha echado en cara el hecho de no mencionar cosa tan básica como la triste historia de que la Seguridad Social no cubre los internamiento psiquiátricos, a lo que nosotros hemos replicado que nuestra labor no era la de dar una información completa sobre la asistencia psiquiátrica”³²⁶.

En general, la asistencia dentro de la Seguridad Social se ejerce, o bien a título individual, o merced a instituciones totales prácticas ambas que aíslan al individuo de la problemática que ha generado esta necesidad de asistencia. Aíslan también al resto de la comunidad para mantener la imagen de la salud pública.

Como colectivo se opusieron, no obstante, a la privatización de la sanidad: *“La privatización de la salud pública hay que agradecerse al partido en el poder, o sease a la U.C.D., y muy especialmente a la reforma sanitaria de “Sánchez de León”³²⁷.*

El punto de partida de todo proyecto asistencial, dentro de la sección, es la dialéctica represión-emancipación; a más represión, más crisis que no va a desaparecer sin una crítica institucional. No se trata tanto de facilitar una emancipación expresiva -las técnicas perceptivas contraculturales- o intelectual -introspección psicoanalítica- como de clarificar en la locura sus mecanismos de alienación para liberarse de su repetición. La historia personal se proyecta en la institución y en las familias. En este aspecto esclarecedor de la terapia resuena el eco del renacimiento contracultural.

Hay consenso entre psiquiatrizantes y psiquiatrizados en la crítica manicomial: el manicomio

326 El masturbador albino. Un pequeño balance, sección antipsiquiatría. Ajoblanco. Mayo 1977;22:34.

327 Colectivo de Salud Mental. Barrios contra sanidad UCD. Ajoblanco. Agosto 79;42:9.

es un centro de tortura, cuya principal herramienta es la coacción pedagógica y terapéutica. Lo consideran irreformable.

“El loco es un error de enseñanza, uno al que no se le ha enseñado lo suficientemente bien que puede estar loco, pero debe ocultarlo. (Cfr. Ramón García)”³²⁸

Si en la etiología de la locura las referencias son a la antipsiquiatría anglosajona, el discurso contra el manicomio está en deuda con el análisis de Goffman y la antipsiquiatría italiana. El manicomio es el lugar en el confluyen toda suerte de totalitarismos, pero también el espacio en el que se forjan las técnicas de clasificación y control, a la espera de ser trasladadas al exterior.

“El manicomio es el paraíso de los sociólogos de derechas e izquierdas. Es una comunidad de orden inmutable, de autoridad inamovible. En ella, el sueño de Keynes se realiza en la terapia de trabajo, el sueño de Goebbels en los métodos de reinserción social, los de Hitler en la eutanasia, los de Stalin en la organización de poder-ideología-mito cultura”³²⁹

No hay diferencia entre los mecanismos de control que se producen allí y los que encontramos más adelante fuera. La represión sigue tanto una lógica coercitiva como productiva. En el manicomio y fuera de él la locura nos habla sobre la sociedad y sus mecanismos de defensa.

Si el origen último de la locura es social, es en la comunidad en donde hay que situar el tratamiento:

“Sí, incluso en un ejemplo tan técnico como un delirium tremens, la comunidad tiene mucho que decir (...) Puesto que no es lo mismo hacer un tratamiento en una jaula que rodeado de varias personas dispuestas a ayudarlo”.

Como iremos detallando más adelante, los proyectos que describe el colectivo se sitúan fuera del hospital. En la única ocasión en la que vuelven a este, La Borda, la crítica regresa al experto. Aún así, todo tratamiento comunitario es una respuesta temporal. Si el origen último de la locura es social, su recuperación exige un cambio de modelo: *“¿Y por qué en vez de reintegrar al marginado no transformamos la sociedad para que no exista marginación?”³³⁰*.

Si los hospitales y las comunidades terapéuticas eran para la psiquiatría de posguerra el lugar

328 Oración y cierre. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978;63.

329 El colectivo. El arcaísmo del manicomio. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978;50.

330 MRM, Alguien debería volar sobre los nidos de cuco de España. Ajoblanco. Marzo 1977;20;45.

donde investigar las dinámicas de relación, la psiquiatría sitúa la observación de la dinámica allí donde se produce el fenómeno: la comunidad. Si se interviene sobre ella es para identificar los mecanismos represivos y productivos -es decir normativos-, descontextualizados, y sus dianas, los elementos más frágiles que funcionan como chivos expiatorios:

“A la espera de la revolución hay que pensar y conocer las lógicas del manicomio para evitar su exportación a los dispositivos terapéuticos comunitarios (...) No podemos quedarnos simplemente, por ejemplo, en olvidar el asilo, el gueto asilar, y pasar a construir Centros de Higiene Mental, y que, a la larga, lo que acaben siendo son formas de control mucho más directas y mucho más metidas en casa de cada uno”³³¹.

A todas estas precauciones se añade el riesgo de la *psiquiatrización*, proceso observado en Francia a partir de la sectorización³³². Se relaciona con la medicalización, que vincula fuera del asilo represión y enfermedad mental para negar la miseria económica y espiritual de las sociedades industriales avanzadas.

En psicoterapia, el colectivo de Ajoblanco revisa el psicoanálisis clásico. La triada edípica se considera una escotomización debida a la realidad socioeconómica; y el análisis institucionalizado una perversión. El trabajo tiene que hacerse con la familia o bien en una comunidad terapéutica³³³

La cura es a través de la palabra, pero no de la palabra de tal o cual escuela, sino de la que pone en marcha un proceso de comunicación; la que es capaz de expresar las contradicciones y las tensiones. Lo que importa, más que el contenido, es el cómo. Y el cómo pasa por las premisas del encuentro de Laing: ¿Es la relación simétrica? ¿Y sobre todo voluntaria?

VII. 3. 7. 2. Las comunidades antipsiquiátricas inglesas: Proyecto Archway y el Arbours Crisis Center

En el año 1965, cuando Laing ya había publicado *El yo dividido* y Cooper estaba poniendo fin a

331 Introducción a los centros de Higiene Mental. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978;38.

332 Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978. Ramón García sería quien más adelante describiera con detalle estos mecanismos en Historia de una ruptura. García R, Op. Cit. Arques R. y Soler S. Entrevista a Félix Guattari. Ajoblanco. Diciembre 1977;28;7-9.

333 Baldiz M. Antipsiquiatría 3. Ajoblanco. Enero 1977;18:36-37.

su experiencia de Villa 21, ambos fundan con otros colegas la *Philadelphia Association* (PA)³³⁴. El objetivo principal de la asociación es sostener una alternativa asistencial a la psiquiatría convencional desde la que fundamentar una revisión teórica de la misma:

*“Several of us in London were able to set up places where if we were psychiatrist, we could live as we want, and if we were patient, we could also live, and anyone who lived and who is now living in this places would get no encouragement for playing the part of psychiatrist or playing the part of patient”*³³⁵.

Entre 1965 y 1969, Laing, Berke, Liss y Redler abrieron el primero de estos dispositivos en Londres, el Kingsley Hall³³⁶. En el Kingsley Hall, el colectivo de la Philadelphia Association reinterpreta la comunidad terapéutica anglosajona como comuna autogestionada.

No hay un diseño previo del tratamiento ni roles prefijados. La prioridad no es la adaptación al medio, sino mantener un entorno que de soporte al viaje emancipador. En definitiva se trata de dar salida al mensaje personal distorsionado en la propia locura para transmitir el modo de cura al colectivo y recuperar la comunicación con el exterior.

La estancia en el Kingsley es voluntaria y la financiación comunitaria. Es una vivienda refugio, pero también un centro experimental en el que recodificar la locura y otras formas marginales de pensamiento. En la marginación, tanto en Basaglia como en la Philadelphia Association, se observa un germen revolucionario. Si la comunidad de Jones idealizaba un modelo familiar como proyecto psicoeducativo, el Kingsley Hall se plantea como un proyecto contracultural en el que el principio de realidad se revisa a través de la locura de sus componentes.

Ambas perspectivas aparecen en la descripción de Ajoblanco: las contradicciones sociales, simbolizadas en la madre, enraízan en la distorsión comunicativa del loco como un intento de

334 Los fundadores del proyecto fueron Esterson, David Cooper, John Heaton, Clancy Sigal, Sidney Briskin, Raymond Blake y Joan Cunnold.

McGeachan C. ‘The world is full of big bad wolves’: investigating the experimental therapeutic spaces of R.D. Laing and Aaron Esterson. *History of Psychiatry*. 2014;25(3):283-298.

335 Robinson P. Entrevista a Ronald Laing. *Asylum* [documental]. Londres: 1972

336 Los retratos e historias de las personas que vivieron en la casa han sido recogidos por Dominic Harris en Harris D. *The Residents: Stories of Kingsley Hall, East London, 1965–1970 and the experimental community of RD Laing*. Self-published; 2012. Mary Barnes escribió con Joseph Berke *Two Accounts of a Journey Through Mandess* publicado en 1971. Barnes M. *Viaje a través de la locura*. 1ª ed. Barcelona: Martínez Roca; 1974. Este y otros trabajos sobre el Kinsley muestran que la experiencia de los residentes no fue homogénea.

supervivencia y de resistencia. Asimismo, la marginación es altamente informativa de las alternativas perceptivas a la sensibilidad de los expertos.

De la psiquiatría de posguerra se conserva además el efecto del medio -el *milieu* o la atmósfera- y sus instituciones en las interacciones que promueven la curación o el desarrollo del proceso. A diferencia de aquella psiquiatría, la locura es algo a comunicar y no un conjunto de síntomas a esconder o a suprimir. Interesa entonces cómo comunicarse con la locura, fuera de la explicación médica o psicológica de un proceso limitado por el cuerpo.

Interesan los procesos individuales como el de Mary Barnes, por citar el más conocido de todos ellos, pero interesa sobre todo la colectivización del proceso, entendida como recuperación de una comunicación no represiva. Interesa el diálogo entre Mary Barnes y Joseph Berke³³⁷, o los seminarios que revisan las explicaciones psicológicas, sociológicas y políticas de locura. Interesa la relación, sus equilibrios, desequilibrios y contradicciones, única manera de derribar los muros de nuestra represión.

El Kingsley Hall se plantea como un centro tan experimental como los manicomios de principios de siglo y tan revolucionario como el *movimiento comunal*, la *antiuniversidad* o la *dialéctica de la liberación*, por citar otros proyectos de la Philadelphia Association durante el mismo periodo³³⁸. El Kingsley nace como un lugar en el que desarrollar una alternativa colectiva a las instituciones convencionales y desde el que promover cambios a pequeña escala.

En el centro se buscan patrones simétricos de relación, en los que la comunicación y el autoconocimiento rompan con la necesidad de resistencia. Hasta 14 residentes comparten cocina, biblioteca, comedor, cuarto de meditación y salón de reuniones. El lugar depende de quienes viven en él en un momento dado. Los residentes deciden de manera asamblearia todo lo relativo a la organización y a la administración de la casa. No hay más criterio de entrada que la disponibilidad de

337 Ídem.

338 Pickering A. *The Cybernetic Brain: Sketches of Another Future*. 1ª ed. University of Chicago Press; 2010.
Kotowicz Z. *R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry*. 1ª ed. London: Routledge; 1997.

cama, la aceptación del grupo y la voluntad de compartir la vivienda.

En cuanto a las técnicas que se ensayan, pasan por reuniones y encuentros sin estructura que se mantienen durante 24 horas al día con un fuerte nivel de compromiso, de búsqueda conjunta. Se aprenden prácticas zen, como el yoga, el aikido o el taekwondo. Se promueve el cuidado del cuerpo como una prolongación del cuidado de uno mismo y antesala del reconocimiento de los otros. La espontaneidad emocional y organizativa del centro facilita también la emergencia de situaciones de gran intensidad, con problemas internos y externos de convivencia. El Kingsley es en definitiva una comuna terapéutica.

El Kingsley Hall se cerró en 1970, década en la que el proyecto encontró continuidad en otras viviendas terapéuticas de la propia Philadelphia Association y de su escisión, el Arbours Crisis Center³³⁹.

Algo más estructuradas en su organización cotidiana y en su labor pedagógica, con un afán revolucionario menor, convertidas ya más en comunidades religiosas que en comunas se transformaron en lugares de peregrinación para los antipsiquiatras de la época. Algunos jóvenes profesionales de nuestro país se acercaron también a conocer estas comunidades atraídos sobre todo por la explicación de la locura del autor de *El yo dividido*³⁴⁰.

Es 1978. Carlos Frigola llegó a Londres a primeros de los 70, una vez cerrado y difundido el experimento del Kingsley Hall, con la intención de participar y de conocer tanto el proyecto Archway como el Arbours Crisis Center.

Coincide allí con otros jóvenes psiquiatras en formación, Valentín Corcés, Alicia Roig o Amador Calafat, quien más tarde informará de los movimientos antipsiquiátricos junto con Jose Luis

339 Joseph Berke y Morton Schatzman fundaron la Arbours association en 1970. Al igual que la Philadelphia Association, continúa activa aunque con una estructura mucho más institucionalizada. Berke escribió en 2001 *Beyond Madness, psychosocial interventions in psychosis* explicando el trabajo del Arbours Crisis Centre.

Berke J. *Beyond Madness*. 1ª ed. London: Jessica Kingsley Limited; 2001.

Loren Mosher participó activamente en la Philadelphia Association antes de impulsar sus Casas Soteria.

Coppock V and Hopton J. *Critical Perspectives on Mental Health*. London: Routledge; 2000.

340 Frigola C. Entrevista Op. Cit.

Roig A. Entrevista propia [vídeo]. 7 de octubre de 2017.

Fábregas³⁴¹ psiquiatra del colectivo, que, como ya comentamos, trabajaba también en el Hospital Clínico.

Años más tarde, Frigola, que ya había puesto en marcha su propia comunidad terapéutica, informa en el extra de antipsiquiatría de Ajoblanco de su experiencia en una de las comunidades de la zona de Archway³⁴², área en la que la Philadelphia Association mantendrá siete casas hasta 1980.

“Ajoblanco es una revista contracultural que mi amigo Luis Racionero y otros hicieron. Ellos venían de América, habían estado en las comunidades de Berkeley y yo venía de Inglaterra y escribí varios artículos (...) Tuve bastante problema de visión con estos amigos míos, lo veían un poco raro. La contracultura era por definición idealista y esto era bueno, pero la psiquiatría es muy dura. Una cosa es ser profesor de universidad y enseñar contracultura y otra cosa es el día a día del manicomio y el dolor y sufrimiento humano. Publiqué varios artículos y estuvo bien que saliera, pero yo les criticaba tener un poco ese idealismo americano contracultural (...) El colectivo éramos un grupo de psiquiatras interesados en este tema que utilizamos Ajoblanco para expresar nuestras ideas³⁴³”.

La descripción que se publica en Ajoblanco se prologa con un primer comentario sobre el Kingsley Hall. En la versión de Frigola, la casa se inserta dentro de un proyecto contracultural de revisión institucional. Es un modelo comunitario experimental que explora pautas problemáticas de comunicación, con el apoyo de los miembros de la nueva izquierda anglosajona.

Como comunidad simétrica no hay diferencia entre el personal que cuida y aquellos que reciben los cuidados. Este papel no es estático y el rol depende de la estabilidad personal en el momento de la crisis y también a lo largo de esta. La organización administrativa está en manos de los residentes, que deciden también el modelo terapéutico.

El mismo carácter experimental se subraya para los proyectos de la Philadelphia Association y de la Arbours Association. A los centros de la primera se les da un carácter más experimental y pedagógico mientras que del Arbours Crisis Centre de Willesden se proporciona una descripción más estructurada. Si en las casas de la Philadelphia se discute, se medita y se asiste a seminarios, en la del Arbours se establecen redes de personas, de relaciones y comunidades.

341 Fábregas JL, Calafat A, Op. Cit.

342 Asylum, el documental de Peter Robinson fue rodada en una de esas casas de la Philadelphia Association. The David Burns Manuscript describe la experiencia de uno de los residentes de la casa.

SLS · Colloquia · The David Burns Manuscript. Laingsociety.org. 2017. Disponible en: <http://laingsociety.org/colloquia/thercommuns/dburns1.htm> [consultado 25 de febrero de 2017]

343 Frigola C. Entrevista, Op. Cit.

Del Arbours Crisis Center se explica que facilita intervenciones en el domicilio, en donde aplica una perspectiva sistémica para intentar orientar los problemas. A diferencia del Kingsley Hall, tanto en el Arbours como en las casas de Archway, había un equipo terapéutico permanente: al menos dos terapeutas, en el caso del primero, y un administrador, en el caso de la segunda, que también realizaba funciones terapéuticas.

Carlos Frigola visitó Londres por primera vez en el 1972 con una beca de formación psicoanalítica del Tavistock Institute. Volvió tres años más tarde y permaneció en la ciudad durante casi el mismo tiempo, con el objetivo de conocer los proyectos comunitarios vinculados a Laing:

“Si antes se iban a ver a Freud, yo me fui a ver a Laing. Laing era escocés y era un poco loco y yo como ya tenía la parte de Dalí interiorizada en mí, me fui directamente a ver a Esterson. Esterson fue mi analista. Era judío y tenía dos hijos pequeños de la edad de mi hijo y nos ayudó mucho. Era un ambiente muy comunitario todo. Conecté mucho más con Esterson que con Laing, pero Laing trabajaba allí, lo veía”³⁴⁴.

Alicia Roig vivió en la ciudad en los años 74 y 75. Como Frigola, se trasladó allí para completar su formación y conocer las comunidades de la Philadelphia Association. Más tarde, formó parte del colectivo para la Salud Mental de Ajoblanco. Alicia Roig encontró una continuidad entre el proyecto de la Philadelphia Association y las Social Rehabilitation Unit promovidas por Maxwell Jones en la posguerra.

Trabajó en una de ellas, el Henderson Hospital, mientras completaba su periodo de formación en las casas de la Philadelphia Association. En una y otra comunidad los residentes asumían las tareas administrativas, decidían de forma asamblearia y analizaban su propio tratamiento. En la Philadelphia Association se organizaba una formación específica a base de estancias temporales y seminarios:

“Yo había leído El yo dividido, era uno de los libros que más me había emocionado en mi vida profesional y tenía muchas ganas de ir a las comunidades, a la Philadelphia Association, donde estaba Laing, y pensé, bueno, pues puedo hacer esta especie de training, que era más una formación filosófica fenomenológica (...) Estudiábamos antropología, venía el sobrino de Huxley, Julian Huxley a dar los seminarios. Por las tardes teníamos unas clases, ninguna de psiquiatría, sólo algo cercano al psicoanálisis y luego estaban los pacientes, 8 o 10 en cada casa (...)

Te quedabas ahí con los pacientes horas. Ese era el training, porque no te daban título

344 Ídem.

ninguno, pero es haber estado ahí”³⁴⁵.

El artículo de Ajoblanco del colectivo deja las conexiones contraculturales en el extinto Kingsley Hall. La divulgación en la revista de las comunidades experimentales inglesas dibuja un marco terapéutico en donde las técnicas orientalistas del *underground* se presentan como tecnologías del yo, separadas de su contexto original.

“Actualmente la Philadelphia Association organiza conferencias, seminarios, grupos de estudios y talleres que incluyen diversas materias, tales como Antropología, Fenomenología, Psicoanálisis, Hatha-Yoga, Meditación Zen, entre otras, así como sesiones y supervisiones de psicoterapia individual y de grupo. También se discuten diversos temas, tales como la Conciencia Embrionaria, la imagen corporal, el espacio vivencial, el estar-en-el mundo; o bien se organizan experiencias prácticas como Yoga para niños y para mujeres embarazadas o meditación dinámica. basado todo ello en el aprendizaje de la crítica de la propia experiencia de los participantes”³⁴⁶

El psicoanálisis, la fenomenología y la antropología se sitúan a un mismo nivel, como instrumentos terapéuticos o del cuidado de sí que establecen una continuidad entre cuerpo, medio y espíritu.

El medio, la atmósfera, sigue siendo el más contracultural de los tres elementos. En el *milieu* confluyen la sociogénesis de Goffmann con la represión de la contradicción de Basaglia o del inconsicente de Laing. La vida en comunidad y la asamblea como modelo de autogestión es emancipadora en el Kingsley, en el Henderson y en la Philadelphia Association.

A partir de ahí se proponen distintos modelos de explicación e intervención que quedan reflejados con menor regusto contracultural en el artículo de Ajoblanco y en las entrevistas que nosotros hemos realizado de parte de su colectivo. Hay una conexión directa del cuerpo con el espíritu. Se buscan un conjunto de técnicas de modificación de la propia percepción corporal y del propio cuerpo. Con ellas se trata de proponer un ser alternativo a estar en el mundo.

Por otro lado, el peligro de la agitación, mantiene las jerarquías lo que nos situará de nuevo en una comunidad más terapéutica que autogestionada. Volveremos a estas dificultades cuando revisemos la

345 Roig A. Entrevista, Op. Cit.

346 Frigola C. La Philadelphia Association y las comunidades Archway. Ajoblanco, extra; Marzo 1978: 18.

crítica realizada desde dentro del colectivo a los proyectos independientes.

VII. 3. 7. 3. Existentialia: De la Philadelphia Associationa la fundación Wilhem Reich.

Durante su estancia en Londres, Carlos Frigola contactó con Eva Reich, hija del psiconalista Wilhem Reich. Antes de Marcuse, Reich³⁴⁷ había intentado analizar en términos de represión la alienación marxista. ¿Qué sucede en las psiques de las masas explotadas para que apoyen a sus expropiadores? Reich encuentra la respuesta en la represión sexual impulsada por las clases dominantes. Más adelante llevará su trabajo terapéutico desde los procesos intelectuales freudianos a los corporales. Organiza su teoría alrededor del orgón, una interpretación mesmérica de la libido freudiana que le permite relacionar el medio externo, la atmósfera, con la sexualidad reprimida.

Reich establece así una continuidad y una relación con el entorno -analizado en términos ecológicos y climáticos- y el individuo que en el psicoanálisis freudiano captaba y naturalizaba toda la perspectiva. El orgón le permite además una metodología experimental ya que ve posible medir, a través de los cambios de temperatura, sus variaciones y realizar manipulaciones magnéticas de su valor. No es desde esta inquietud experimental desde donde la terapia de Reich se ensambla con la comunidad langiana. Es su finalidad emancipadora y anti-intelectual lo que encaja con el orientalismo y el freudomarxismo de las contraculturas de nueva izquierda. Desde este punto de vista Reich fue objeto de atención por parte de los sectores críticos españoles escribieran o no en Ajoblanco.

Fue Ramón García quien comenzó su divulgación. Le dedicó uno de los libros de la colección que dirigía en Anagrama³⁴⁸.

García, encuentra en la obra de Reich el preámbulo de la obra de Marcuse. Para Reich, la interpretación psicoanalítica directa de los fenómenos sociales produce ideología, una relación de negación entre lo social y el individuo. El psicoanálisis debe de dar cuenta de cómo las relaciones de producción quedan ancladas a la psique individual, es decir, de los mecanismos de producción

347 Reich W, Op. Cit.

348 La aplicación del psicoanálisis a la investigación histórica. (1934). En: Reich W. Psicoanálisis y sociedad: apuntes de freudo-marxismo. [2a. ed.] Barcelona: Anagrama; 1975.

de ideología a nivel psíquico. El psicoanálisis explica lo que Reich llama *fuentes irracionales* entendiendo como tales las trabas o inhibiciones al desarrollo de la conciencia de clase. El origen de todo comportamiento, dice Reich, es en primer lugar social; la religión, la huelga, la moral son el resultado de una relación de clase: primero está la relación entre el capitalista y el obrero. Desde ahí avanzamos hacia la relación con el padre, pero no al revés. Esta relación en la que el padre reproduce el papel autoritario es la que debe investigar el psicoanalista. Los problemas sociales llegan así, vía represión, a expresarse sintomáticamente. De vuelta a Marcuse, nuestra normalidad como síntoma de nuestra represión proyecta a la vez que comunica la dialéctica de clase. Vemos aquí la capacidad expresiva de la locura que tanto Laing como Basaglia van a atribuir al desviado. La diferencia -y las divisiones- surgirá entonces en el origen o la articulación de los mecanismos ideológicos.

En el caso de Frigola, la explicación sigue la evolución energética de Reich. Vuelve a España en el 77 para abrir una comunidad terapéutica a medio camino entre las comunidades de Laing y la teoría de Reich: *“Pasé de la psiquiatría del diván a una psiquiatría donde incluía el tiempo, la atmósfera, el cambio climático”*³⁴⁹.

En Creixell, una aldea del Alt Empordà Gironés, Frigola abre con la que fue su mujer, Pilar Castro, la Fundación Wilhelm Reich, un centro de planificación familiar -única condición de Eva Reich para autorizar la fundación- y Existentialia, una comunidad terapéutica langiana³⁵⁰.

Frigola aprovechó el extra de Ajoblanco para dar noticia del proyecto. Existentialia, cuyo primer y breve nombre fue la Roca, tiene espacio para unas veinte personas, incluidas Carlos Frigola, el único psiquiatra, y su familia. En el folleto de información se la describe como un *“Asylum, un lugar donde uno se enfrenta a partes desconocidas y no reconocidas de uno mismo (...) un lugar donde pasar del yo pienso al hago”*³⁵¹.

La comunidad se describe como un centro de crisis, un lugar seguro donde dejarse ir junto a

349 Frigola C. Entrevista, Op. Cit.

350 Folleto informativo de Existentialia; 1979.

351 Ídem.

otros. A nivel administrativo, fue más una residencia que una comunidad. Se ocupaba de la intendencia alguien ajeno al centro, y los residentes se desentendían de ella. La financiación era privada y la aportaban los usuarios o sus familias. Frigola contribuía a la comunidad con un porcentaje de los ingresos de su práctica psicoanalítica.

A nivel terapéutico la organización era grupal y dependía de Frigola, que aplicaba una técnica psicoanalítica reichiana. En el día a día se tenían en cuenta las comunidades de Bion y de Jones, de tal manera que se pretendía que toda actividad fuera terapéutica, pero no haciendo uso de la organización administrativa y las relaciones establecidas, sino desde la lectura de Frigola:

“Durante la cena existía una especie de tensión entre nosotros, pero no se manifestaba a través de las palabras sino por medio de la comunicación no verbal, utilizando por ejemplo objetos intermediarios, cada uno cogía la sal y cortaba el pan para él solo, se servían y no sólo eso, se intentaba en lo posible no pedir nada a nadie”³⁵².

En cuanto a la medicación, dependía de la voluntad de cada paciente *“aunque en la medida de lo posible tratábamos de bajar la medicación”³⁵³*.

Existentialia se mantuvo abierta durante dos años y medio. La fundación Wilhelm Reich sigue abierta en Creixell como una comunidad terapéutica de día:

“Nosotros todavía mantenemos aquí en Creixell algo vivo (...) hacemos por ejemplo un café tertulia psicoterapéutico, hacemos exposiciones, musicoterapia, sesiones de meditación, yoga, es decir, es lo mismo, pero trasladado al año 2016”³⁵⁴.

Frigola interpretó la locura como un todo global, más en el sentido de Laing que en el de Cooper. A la locura se llega por un mismo mecanismo de división interna, fractura susceptible de cura a través del psicoanálisis, que en su caso acabó por orientar hacia las terapias corporales de la contracultura combinada con las regulaciones atmosféricas de Wilhelm Reich:

“Todos tenemos un momento de locura en nuestra vida. Hoy en día el psicoanálisis sabe que podemos manejar momentos psicóticos y neuróticos, no hay diferencia, no hay una diferencia clara entre la neurosis y la psicosis”³⁵⁵

352 Extracto de diario clínico escrito por Frigola. Frigola C. Entrevista; Op. Cit.

353 Ídem.

354 Ídem.

355 Ídem.

En la represión atmosférico libidinal de Reich encontró el origen y la síntesis final de las contraculturas de nueva izquierda. A finales de los 70 se unió al colectivo francés Sexpol, cuyo objetivo era explicar la política haciendo uso de la sexualidad reprimida de Reich. La formación de este colectivo de origen francés dio cuenta, por un lado de la vigencia, a finales de la década de los 70, de las hipótesis energéticas cuyo origen podemos rastrear por lo menos hasta Mesmer³⁵⁶.

El intento de estas hipótesis de dar cuenta de lo social en términos psicológicos y biológicos, aún a través de la represión podría considerarse una hipertrofia de la ambigüedad y la extensión del modelo biopsicosocial. La vertiente biológica se simplifica radicalmente al reducirla al *orgón*, una partícula de origen sexual que permite traducir la represión en términos físicos. Las tensiones externas e internas modifican la energía orgónica que, como cualquier otro valor físico, es susceptible de modificación y de medida.

El síntoma y el mundo externo pueden ser entendidos en términos de energía sexual reprimida, cuya expresión depende a su vez de parámetros culturales. La enfermedad personal y social no es más que el reflejo del grado de represión exigido por la cultura, idea que podríamos encontrar en la higiene mental si sustituimos represión por defecto de comunicación materno infantil afectiva o en la antipsiquiatría anglosajona si atribuimos el problema de comunicación a la familia. Como en la higiene o en las comunidades últimas de la Philadelphia Association y el Arbours Crisis Center, a diferencia de la contracultura, la cura de la sociedad y la persona pasan por un experto cuya labor no es solamente terapéutica sino también política:

*“El cambio fue que se pasó de una sociedad autoritaria, pero con grandes libertades, a una sociedad anti-autoritaria, pero con un control del Estado total. Entonces, nosotros pensábamos que era mejor vivir en una sociedad autoritaria, pero con nuestros mecanismos de la imaginación al poder de los 60, que en una sociedad antiautoritaria, donde, con la sequía que permite todo, los padres abdican de su rol, pero con una regresión a nivel político como significado de control”.*³⁵⁷

Para Frigola el intercambio atmósfera, cultura, partícula determina el predominio de uno u

356 Ellenberger H, Op. Cit.

357 Ídem.

otro síntoma y queda representado en las modas diagnósticas. Cuando paciente y experto escogen un patrón de enfermedad nos hablan del grado y el tipo de represión social:

“El trastorno límite es hoy en día la enfermedad de moda, esto es debido al mal manejo de la agresividad humana sana. La sexualidad y la agresividad son impulsos y libidinales iguales, la agresividad que recibimos de la sociedad no es sana, es muy diferente. Estos pacientes expresan la impulsividad contra ellos mismos³⁵⁸”.

La enfermedad no señala una alteración biológica o un conflicto psicológico. Es un punto de encuentro entre experto y paciente. No expresa tanto el malestar de este último como un problema político. No nos habla tanto de la distribución prefijada por nuestra historia personal de la libido como de las preocupaciones, ideas y conflictos de determinada época. A través de ella, de su organización y de su contenido podemos estudiar la cultura y el saber que la produce, idea que aparece también en esa época y que será recuperada en términos menos formales y más metafóricos a propósito de uno de los pocos diagnósticos que admiten una etiología social, la neurosis de guerra³⁵⁹.

Del trastorno como resultado de la represión pasamos al trastorno como expresión de la misma. Este carácter metafórico e informativo del trastorno, esta dependencia sociocultural de las descripciones, modelos teóricos y prácticos de la psiquiatría está presente no solo en Frigola sino en el resto de la crítica psiquiátrica de la época. En Ajoblanco encontramos más referencias a esta idea:

“Si observamos la práctica de la psicología y la psiquiatría a lo largo de su historia, veremos que no está desligada del contexto social en donde se ha ido dando. Está reflejando unas condiciones sociales y económicas del momento”³⁶⁰.

De Ajoblanco, Carlos Frigola pensaba que era una revista contracultural, en el sentido de oponerse a la cultura dominante, al franquismo burgués en España y a la desigualdad a través de la lucha por los derechos civiles en Norteamérica. Era amigo de Racionero y consideró la revista como un medio de expresión al que la contracultura permitió una confluencia puntual: *“Una cosa es ser profesor de universidad y enseñar contracultura y otra cosa es el día a día del manicomio y el dolor*

358 Ídem

359 Jones E, Op. Cit. Micale, Op. Cit. Hacking I. Rewriting ..Op. Cit.

360 Presentación del centro de higiene mental de la Florida. Introducción a los centros de higiene mental. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978;37.

y sufrimiento humano”³⁶¹.

Comentábamos que hubo una breve experiencia anterior a Existentialia que se llamó La Roca. Situada en un pueblo de la provincia de Barcelona, Sant Llorenç de Savall, la casa funcionó más como lugar de encuentro terapéutico que como comunidad: “¿Qué pretende? Dar cabida a personas de ambos sexos para recuperar el equilibrio a través del trabajo, las relaciones personales y el apoyo de un grupo de profesionales”³⁶².

Dependía del Centro de Potencial Humano de Barcelona, y apenas se sostuvo unos meses. Allí la labor de Frigola se completaba con la de un pedagogo y expertos sin epítetos en relaciones y familia. La terapia se presentaba como un conjunto de seminarios y actividades formativas para parejas y familias.

Como vemos ni Existentialia ni la Roca se ajustaron al prototipo de comunidad de la Philadelphia Association o del Arbours. No obstante, a través de la interpretación personalísima realizada por Frigola podemos encontrar algunas de las claves interpretativas del periodo.

VII. 3. 7. 4. Los centros de higiene mental

Los centros de higiene mental se ponen en marcha por iniciativa de un grupo de profesionales en Barcelona. Copian el modelo del sector francés y se instalan en cada barrio con el objetivo de intervenir allí donde se produce el conflicto que más tarde expresarán los locos. Así recuerda su origen una de las autoras del artículo, Alicia Roig:

*“Luego ya, en España de nuevo, estuvimos montando los primeros centros de higiene mental, que en Cataluña fueron los primeros, en sitios diversos, que al principio nadie nos pagaba, después la Diputación se hizo cargo, pero al principio era una especie de voluntariado y el ayuntamiento nos daba un local”*³⁶³.

En Barcelona, la colaboración entre parroquias y asociaciones de vecinos permite abrir varios de estos centros. Se estructuran para compartir conocimientos y reivindicar sus intereses alrededor

361 Frigola C. 10 de octubre de 2016. *Entrevista propia*.

362 Frigola C. Folleto informativo sobre el proyecto comunitarcar; abril 1974.

363 Roig A. 7 de octubre de 2016. *Entrevista propia*.

de una coordinadora. Desde ella distinguen estos centros de los dispensarios de los psiquiátricos de la Seguridad Social. A diferencia de estos no son dispensarios de medicación sino lugares para establecer relaciones con el barrio que los financian y promover su salud mental. La salud es para la coordinadora:

“Una forma de desalienación, es decir, una mejor capacidad de mantener el equilibrio analizando las fuerzas exteriores del medio -propaganda, condiciones desfavorables de vida, falta de servicios, faltas de condiciones de higiene y salud, etc.- que en contraposición con las necesidades básicas del individuo tienden a perturbarlo, restándole capacidad de respuesta, desequilibrándole y sometiéndole cada vez más a intereses superiores y ajenos a los suyos”.

Establece una continuidad en estos centros y la reforma anterior a la guerra civil. Surgen desde la comunidad y su objetivo es desarrollarse dentro de ella para insertarse en el barrio, coordinarse con sus asociaciones y conocer los problemas de la comunidad. Además de estar dirigidos al tratamiento de los trastornos mentales allí donde aparecen, se enfocan hacia la prevención, que consideran su labor más importante.

Por prevención entienden tanto la intervención precoz, como el estudio etiológico de los trastornos mentales por procedimientos estadísticos. En parte, su definición de prevención coincide con la idea de curación anticipada y de adaptación social de las comunidades y el higienismo de los 60, pero sólo en parte porque, a diferencia de estos, los centros de higiene mental manejan una definición bastante más amplia de enfermedad: *“El concepto de enfermedad, tal y como los médicos lo han definido, esconde el sufrimiento humano, que es algo mucho más complejo, con implicaciones sociopolíticas, etc.”*³⁶⁴.

En línea con los planteamientos antipsiquiátricos, consideran que parte del sufrimiento que encontramos en los trastornos mentales tiene que ver con las instituciones cercanas a quienes las padecen, familia y escuela. Prevenir la enfermedad, es promover en el barrio la conciencia de su miseria, reclamar mejor atención sanitaria y una mayor inversión en educación. Es intervenir de

³⁶⁴ Presentación del centro de higiene mental de la Florida. Introducción a los centros de higiene mental. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978;37.

manera directa en la escuela y la familia para evitar que los efectos de la miseria se traduzcan en el trastorno de sus miembros más frágiles.

Consideran que, antes de la crítica psiquiátrica de los 60, la psiquiatría y la psicología desarrollaron, como la familia y la escuela, una función política que a nivel práctico implicó rituales de normalización en términos de cuidado de sí, respaldados por *“una elaboración teórica que, partiendo del modelo médico, lo que hicieron fue convertir una serie de problemas o conflictos (originalmente sociales, conflictos de relación del individuo) en problemas individuales”*³⁶⁵.

Decimos en parte porque el discurso en torno a los centros no fue, al menos en el artículo de Ajoblanco, homogéneo. No solamente se discute la función última de la psiquiatría -vigilar, adaptar o denunciar-, sino que esta pregunta implica otra sobre el papel de los profesionales dentro de estos centros.

Hay quien sitúa la locura dentro de un modelo más próximo al reformismo de la OMS y hay quien piensa que el estatuto del loco, no es clínico sino jurídico y moral que en último término son el resultado de la miseria social. Desde aquí se imaginan mundos futuros donde la locura, entendida como diferencia, no realice función política alguna y forme parte de la sociedad. Hay que aclarar que no se plantean que la locura llegue a desaparecer, pero si hay un cambio social revolucionario desaparece su miseria. En la sociedad que imaginan, la comunidad se hace cargo del sufrimiento de sus miembros, reconoce su contribución, si la hay, y busca la manera de disminuirlo y de integrarlo.

En este tipo de sociedad, ¿qué pasaría con los profesionales? La respuesta pasa por una práctica revolucionaria en la que *“el papel de los profesionales tiene que ser intentar ayudar a esta comunidad para que aprenda a solucionárselo sola (...) Esto implica tener muy claro que se está llevando a cabo una tarea que tiene un claro contenido ideológico y político”*³⁶⁶.

Los centros de higiene mental tratan de imaginar este tipo de comunidad para crearla en cada

365 Ídem

366 Ídem.

una de sus intervenciones. Su actividad se plantea como un experimento supervisado de manera colectiva y en continua modificación. De ella debe de extraerse la teoría, que tiene que volver una y otra vez sobre la experiencia.

Por ejemplo, la pregunta sobre el tratamiento involuntario se resuelve en cada caso de manera asamblearia. Se plantean las formas de ese tratamiento y se piensa su prevención a medio plazo, remitiendo el soporte a la comunidad. Se separan aquí de los centros italianos que planteaban los ingresos en centros comunitarios. Tampoco plantean comunidades anglosajonas, ya sea en la línea de Maxwell Jones o de la Philadelphia Association.

Otro punto de desencuentro fue el tema de la financiación. ¿Cómo realizar una práctica revolucionaria, opuesta a la función de control que el Estado deja en manos de la psiquiatría y ser financiado por este? A algunos les sobra la pregunta y piensan que no hay otra manera de sobrevivir integrándose como institución.

En definitiva, sus planteamientos teóricos junto con sus prácticas se aproximan a la antipsiquiatría italiana. Aunque su funcionamiento no es homogéneo, revisan sus límites, sus fundamentos y sus propuestas. Han nacido con el soporte de las asociaciones locales lo que da cuenta de su integración, pero también de su precariedad. Sus modelos están en proceso de revisión permanente. Persiste la pregunta sobre los varios ámbitos/modalidades de tratamiento -régimen cerrado/abierto- con y sin búsqueda de alternativas al modelo de la OMS.

VII. 3. 7. 5. El hospital de día de Madrid.

Para el extra de antipsiquiatría del 78, Manuel Baldiz visita el hospital de día de Madrid. Su descripción se centra en subrayar las soluciones que plantea la institucionalización de un dispositivo en la comunidad. Como ejemplo, escoge la clasificación diagnóstica. En una descripción en la que repica la voz del técnico liberado de *la nuova sinistra*, los efectos del diagnóstico se hacen depender del uso que haga de ella el experto.

Respecto al entorno comunitario, considera el hospital de día un experimento terapéutico indisociable de la estructura social. No es al loco a quien se favorece cuando se evita alejarlo de su entorno. El objetivo del hospital de día, es devolver a la comunidad sus contradicciones, es decir, su locura. El hospital es un espacio de *“verificación de la locura, como diría Basaglia, en el que se ponen al desnudo las contradicciones sociales y de las instituciones al tiempo que se redistribuye más justamente esa locura”*³⁶⁷. El objetivo de la terapia no es adaptar socialmente al loco sino *“un lugar de encuentro (o quizás incluso un juego) para desenredar situaciones demasiado enredadas o empezar a practicar una forma más creativa de relacionarse”*³⁶⁸.

La crítica que realiza al hospital de día completa la descripción del centro ideal de tratamiento. Por un lado, su localización dentro de las Clínicas Ibiza y la ausencia de sectorización en Madrid dificultan el contacto con la comunidad. Como comentábamos al hablar de la asimilación, se trata de una experiencia aislada. La escasez de personal concentra las posibilidades terapéuticas del centro en torno al único médico contratado, González Duro, *“el lado negativo, o al menos peligroso, es al caer en una especie de tribalismo semi-religioso con una estructura grupal pasivo-dependiente y un líder que no puede permitirse el lujo de tener fisuras”*³⁶⁹.

Entre tanta contradicción social, queda en el aire una última pregunta sobre las condiciones laborales de los voluntarios o a los psiquiatrizados que trabajan con Duro. Tampoco sabemos bajo qué presiones se organiza el tratamiento ni cómo se administra, si se administra, el tiempo. En tanto experiencia aislada, desconocemos que relaciones son posibles dentro del hospital de día y si dependen o no de un criterio de autoridad. Desconocemos cual es el trato y las continuidades con el exterior. Las preguntas sobre las condiciones sociolaborales de los trabajadores o la pervivencia de las lógicas espacio temporales del manicomio las realizamos desde el siguiente apartado, cuando se aborde la reforma del hospital psiquiátrico francés La Borde.

367 Baldiz M. Reflexiones sobre una corta estancia en el hospital de día de González Duro (un espacio de verificación de la locura). Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra;marzo 1978: 28-29.

368 Ídem.

369 Ídem.

VII. 3. 8. Los problemas de la institucionalización: La Borde y el Partido Comunista Italiano.

VII. 3. 8. 1. La Borde: la crítica a la reforma del manicomio

En Francia, Tosquelles y Jean Oury comenzaron en 1941 la reforma del psiquiátrico de Saint Alban. Desarrollaron allí su propia comunidad terapéutica. La institución se renueva revisando las jerarquías y promoviendo la participación de los enfermos en la vida cotidiana del centro. La unidad terapéutica mínima ya no es el individuo, es el grupo. Se escoge según la afinidades del paciente que se agrupan además para ocuparse de la administración del centro. Como en la comunidad anglosajona inglesa, la psicoterapia se centra tanto en el análisis de las dificultades del grupo como en los efectos terapéuticos de la interacción. Este modelo terapéutico, de principios más próximos a Hollymoor que al Mill Hill Hospital, recibe el nombre de psicoterapia institucional. Se trata de situar el foco antes en la relación que en la adaptación.

En 1953 Jean Oury, un lacaniano ortodoxo, pone en marcha su propia clínica psiquiátrica, La Borde. Trabaja con Felix Guattari y Gilles Deleuze, promotores de una modalidad psicoterapéutica que realiza una crítica marxista del psicoanálisis institucional, el esquizoanálisis. Oury y Guattari profundizan en el modelo de Saint Alban y tratan de organizar en La Borde una sociedad democrática capaz de funcionar sin la gestión de los expertos.

Es 1976. La Borde se ha convertido en un símbolo. Su modelo ha servido de base para la reforma del sector en Francia y sus integrantes han puesto en práctica su crítica teórica. La Borde se convierte en un centro de peregrinación de jóvenes antipsiquiatras. Una de esas jóvenes³⁷⁰ escribe en Ajoblanco remarcando la incoherencia del centro. Aprovecha la experiencia en La Borde para avisar con Cooper y Basaglia que la institución no puede ser negada, la única manera de que desaparezca es que deje de existir y que su lógica no se reproduzca de nuevo.

En 1976, La Borde suma autogestión con clínica. El internamiento y el tratamiento son

370 NH. La Borde. El mito de un sueño imposible. Ajoblanco. Febrero 1978;30;22-26.

voluntarios y financiados por el seguro social. Es prioritaria la admisión de residentes del sector. Se atiende antes a quienes cuentan con un bajo nivel de ingresos. La organización administrativa del centro se decide en asambleas, comisiones y reuniones que intentan evitar los roles. Para evitar la concentración de poder en una persona o en un colectivo, la clínica distribuye las tareas cotidianas entre pequeños grupos de afinidad. Médicos, monitores, visitantes y enfermos se encargan conjuntamente y sin atender a jerarquías, del mantenimiento diario del centro.

No sucede lo mismo con el tratamiento, cuya dirección queda en manos de los médicos. La Borde se organiza desde el *milieu* terapéutico de la reforma anglosajona. Cuenta con talleres que cualquier persona puede poner en marcha y sigue los principios de la psicoterapia de grupo. Como en la comunidad de Maxwell Jones, la supervisión es médica y gran parte de las medidas terapéuticas dependen ya exclusivamente del psiquiatra y sus ayudantes. Se celebran reuniones a puerta cerrada. Realizan psicoterapia individual. Utilizan terapias farmacológicas, aunque se las considera marginales y voluntarias. Se admite la utilización del electroshock, si bien para aplicarlo es indispensable la sedación del paciente.

En Ajoblanco, la autogestión de la vida cotidiana del hospital choca con la dirección médica de la terapia. El saber médico es quien decide el régimen de vida y de tratamiento, decide sobre las intervenciones que pueden traspasar la frontera: qué drogas son legales, cómo se cuenta la historia biográfica de un paciente, el grado de privacidad de la relación terapéutica, el tipo de relación entre internos o con qué criterio se filtra lo que entra y lo que sale hacia el exterior. La realidad autorizada por este mismo saber contamina los flujos del deseo del paciente, que escoge ahora voluntariamente actuar como tal.

La pasante observa en el artículo la incompatibilidad de ambas lógicas. No se puede ser antiautoritario en la gestión y autoritario en el tratamiento. Pese a su apariencia democrática, La Borde conserva la lógica del sistema que critica. Si las normas para salir exigen cordura y productividad, o al menos un como sí de estas reglas, ¿qué tipo de elección queda? Si no hay otro lugar en el que vivir

que La Borde, ¿qué alternativa existe? Si quien decide si alguien está curado o no confía en el electroshock, ¿qué queda por decidir? ¿Quién se va a imponer en los grupos de tareas?

La autora del artículo encuentra en La Borde una apariencia de mundo, un refugio al que, pese a las murallas, llegan los conflictos de la vida cotidiana; aquellos que, sin embargo, se tratan de negar a los pacientes en nombre de su cuidado y de su sufrimiento: entre Guattari y Oury pueden existir desacuerdos que condicionen el funcionamiento y el personal contratado por el hospital, pero a los pacientes se les pide una relación armoniosa y horizontal. Ni los líos amorosos ni las excentricidades de ambos médicos se comentan en reuniones a puerta cerrada, ambos mantienen su vida sexual y no viven bajo la amenaza del electroshock.

Quien escribe el artículo propone fijarse además en detalles no controlados para observar la persistencia de la lógica manicomial. Uno de ellos es la participación de los residentes de La Borde en las distintas actividades del centro: apenas acuden a las asambleas, reuniones o talleres, pero les encanta participar en actividades de ocio fuera del hospital.

Otra fisura, la respuesta autoritaria ante la crítica de los pasantes, única grieta en las murallas de La Borde. La descalificación personal y profesional de la crítica—“*concepción infantil de la psiquiatría heredada de los libros que habían leído de antipsiquiatría*”³⁷¹— sellan la única comunicación con el exterior, los pasantes, pero sin contra-argumentar o incorporar la reflexión al espacio cerrado de La Borde: “*los que ponían en cuestión a la institución (...) eran rechazados como posibles candidatos a monitores*”³⁷².

La crítica de La Borde a la dirección médica del tratamiento encuentra su reflejo en el comentario de un lector sobre una comunidad terapéutica de Barcelona. Se trata de un psiquiatrizado que cuenta su experiencia en una de las cartas seleccionadas por la dirección de la revista para un recopilatorio³⁷³. Para su autor, la diferencia entre una comunidad terapéutica y el hospital psiquiátrico

371 Ídem.

372 Ídem.

373 SMA. Carta nº 5. La carta que tú pariste. Ajoblanco. Mayo 1978;33:60.

es la mayor deshumanización de este último.

La crítica de la Borde vuelve al marco antiautoritario del periodo al que no se le da ni tan siquiera la posibilidad de Basaglia. Mientras los médicos o sus subalternos controlen el tratamiento y repriman la locura, habrá un desequilibrio entre dominadores y dominados. Los primeros trabajan a favor de la sociedad que los integra, reprimiendo o clasificando la locura producida por la propia sociedad sin atender a su mensaje de fondo. En la comunidad se reproducen los roles familiares y el paciente se ve relegado a una posición infantil de la que solo puede salir si se subordina al discurso del médico, es decir, si acepta esa dependencia. La curación implica entonces un juicio sobre la realidad y una posición moral, con conductas buenas y conductas malas, cuya referencia son los valores de la clase dominante que en la comunidad es representada por los médicos.

En la comunidad y en el hospital, la curación es un proceso de domesticación que se opone a la emancipación informativa de la locura y a la autonomía del individuo, que ha de volver una y otra vez a la locura como única alternativa de protesta. Conclusión: *“Aquello era una federación ediposa (...) Yo creo que los psiquiatras deberían desaparecer o al menos dedicarse a otra cosa”*³⁷⁴.

VII. 3. 8. 2. El tercer Reseau de alternativas a la Psiquiatría. La alianza con la política institucional

Desde las contradicciones de una práctica y de una elaboración teórica, en este caso el *Reseau* Internacional de Alternativa a la Psiquiatría, Enric Mora va a informar en Ajoblanco de la dificultades del proceso de institucionalización de la antipsiquiatría italiana.

El *Reseau*³⁷⁵ nació en el año 75 en Bruselas como foro anual de reunión de las corrientes de psiquiatría crítica. En cierto modo es la contrapartida institucionalizada del congreso de la dialéctica de la liberación. Se impulsa desde Francia, Bruselas e Italia. Consolida la tendencia de la antipsiquiatría italiana y francesa a fortalecer sus estructuras.

374 Ídem.

375 El texto fundacional del *Reseau* puede consultarse en su idioma original en Texte constitutif du réseau européen Alternative à la psychiatrie. Marge. Avril-Mai 1975;6;8. Disponible en: <http://archivesautonomies.org/spip.php?article596>

En esta tercera reunión, celebrada en 1977 en Trieste, se planteaba el tema de la represión y la transformación del hospital Psiquiátrico provincial de dicha ciudad.

Como comprobamos en los apartados anteriores, a finales de los 70 la experiencia de Basaglia en Goritzia, Reggio Emilia y en Trieste ya es conocida en nuestro país. Los psiquiatras catalanes participan en el *Reseau* desde sus inicios. Hace casi 10 años que Ana Seró y Luis Torrent, dos jóvenes psiquiatras del grupo de Ramón García, han visitado Goritzia. Los contactos con Basaglia han mantenido cierta regularidad y han inspirado parte de la incipiente reforma tecnocrática en España, al menos aquella que quedó en manos de los jóvenes psiquiatras de izquierdas³⁷⁶. Como experiencia que anticipa la nuestra, se trata ahora de conocer las dificultades a las que habremos de enfrentarnos y empezar a revisar los problemas de la experiencia italiana.

A propósito de las jornadas de Trieste, Mora escribe sobre el conflicto entre una antipsiquiatría que ha decidido ya vincularse con el Partido Comunista Italiano y otras de las organizaciones situadas a su izquierda -Autonomía Obrera-. En el fondo, nos dice, escribe sobre el conflicto entre la izquierda tradicional y las nuevas políticas que ya anticipamos en la introducción de este trabajo. A Mora le parece bastante más relevante que el contenido del *Reseau*. Si cuenta esta experiencia es porque en el *Reseau*, desde el punto de vista antiposibilista de las políticas alternativas, más que hablar de represión se pone en marcha un proceso represivo. Como hemos comentado, la antipsiquiatría italiana asimiló las minorías al proletariado marxista sobre la visión romántica de la desviación de la nueva izquierda. El desviado informaba tanto de la lógica instrumental como de sus consecuencias, ambas relacionadas con las contradicciones negadas de la estructura socioeconómica. Esta mezcla entre victimismo y resistencia que populariza la locura en Italia consigue la institucionalización de una temática de *nuova sinistra*. El Partido Comunista sostiene las reformas de Basaglia en Goritzia y en Trieste. El apoyo de la clase obrera junto con sus órganos de negociación laboral, los sindicatos,

376 García R. Historia de una ruptura. 1ª ed. Barcelona: Virus; 1995.

González Duro E. 2 de diciembre 2014. *Entrevista propia*.

García R. 12 de marzo de 2015. *Entrevista propia*.

Roig A. 7 de octubre de 2016. *Entrevista propia*.

favorecen tanto las movilizaciones como la integración comunal del marginado. Dentro de este proyecto de integración, frente a la psiquiatría de cátedras, Psiquiatría Democrática se mueve al unísono. No obstante, dada su alianza con el Partido, la contestación procede del exterior, de las corrientes que no han querido o no han podido integrarse. A ojos de la política tradicional se trata de un ala radical. Enric Mora nos cuenta otra versión de la historia.

En Italia los colectivos autónomos de nueva izquierda desbordan la estructura del partido que pasan a identificar con las élites. Sobre la oposición de Autonomía Obrera, Mora dice que contesta “*al seguidismo parlamentario, a la burocratización y al dirigismo elitista de los partidos y movimientos de la llamada en un tiempo nuova sinistra italiana*”. Autonomía Obrera había sido duramente reprimida en Bologna, tras una protesta conjunta con los estudiantes. Denuncian la actuación policial tolerada por el Partido Comunista Italiano (PCI). En respuesta organizan un encuentro sobre la represión en Bologna.

La semana anterior se convoca en Trieste el *Reseau*, reunión en la que Autonomía quiere participar para discutir, vía antipsiquiatría italiana, la represión policial del Partido Comunista. Para entrar en el *Reseau* y plantear su oposición al partido, Autonomía Obrera esgrimió que la represión es al menos tan social como psiquiátrica, afirmación que, como hemos visto, no podía negar Basaglia. Autonomía Obrera acusó al movimiento comunitario de Trieste de favorecer la especulación de la vivienda con su política de apertura a la comunidad. Habló de la glorificación de la figura de Basaglia y de la utilización del proyecto de Psiquiatría Democrática por parte del Partido Comunista.

El argumento de la *nuova sinistra* insistió, en definitiva, en la asimilación de la lucha antipsiquiátrica que, a su parecer, rentabilizaba la política de élites a costa de las clases y minorías tradicionales de la izquierda. ¿Cómo podía el *Reseau* hablar de represión cuando ellos eran los primeros en asumir esta función, de cara al resto de los movimientos de la izquierda? ¿Cómo podían contextualizar la locura si Psiquiatría Democrática no tenía en cuenta el coste social que asumían otros colectivos marginales?

La representación de las contradicciones sociales con que la antipsiquiatría integró su propio movimiento no evitaba para Autonomía que la revisión pusiera en marcha el mismo juego. Una vez asumido el componente político en el psiquiatra o en el loco, el conflicto dentro de la izquierda se discute no tanto a través del loco como a través de la integración del movimiento de reforma.

VII. 3. 9. Redes de alternativas no psiquiátricas en Reino Unido.

Carlos Frigola informó también, en el extra de las comunidades, de seis dispositivos de autoayuda anglosajones. Expresó frente a estas organizaciones un cierto reparo. Lo planteaba desde el riesgo de una colonización o el control por personas ajenas a los intereses del grupo. A la vez, sostenía el temor y las trabas que los profesionales de salud mental sentían hacia este tipo de grupos en la medida en que no podía dirigirlos.

People Not Psychiatry (PNP) fue una de estas comunidades. La fundó un antiguo paciente, Michael Barnett, en 1969. Con el eslogan de *“donde hay gente no se necesita un psiquiatra”*, y con técnicas de meditación, yoga y soporte colectivo, ni fuerza a la gente a aceptar un modelo, ni provee soluciones, *“cada persona debe de buscarse las suyas así como su propio estilo da vida”*. De la PNP procede la COPE que ha fundado la Julian House para facilitar un alojamiento comunitario a personas con problemas de identidad.

La Mental Patients Union (MPU) será el modelo a imitar por los Psiquiatrizados del hospital de día de Madrid. Se fundó en 1973 en el hospital de día de Paddington. Situó su objetivo primero en la defensa de los derechos civiles de los pacientes. Su labor inicial se centró en difundir información dentro y fuera del hospital. Más adelante, alquilaron una casa en la que sostuvieron la misma estrategia informativa, abogaban por un trato correcto y advertían sobre los efectos secundarios de los psicofármacos. Con el fin de dar alojamiento a las personas sin recursos, abrieron tres comunidades de carácter exclusivamente residencial.

Gentle Ghost es un experimento comunitario con elementos de las comunidades de la

Philadelphia Association y la Kommunal alemana. La similitud termina en las terapias corporales que sustituyen el autoconocimiento psicoanalítico por una alimentación macrobiótica y otros hábitos saludables. Su significado se aproxima más a una descontaminación en las líneas energéticas de Reich que al viaje emancipador de la antipsiquiatría anglosajona. Esta vuelta de tuerca contracultural asimila la terapia a un ritual de purificación.

BIT es un centro de información vinculado a International Times, una de las revistas *underground* que decíamos inspiraron Ajoblanco. Facilitó todo tipo de soporte para las minorías marginadas: ropa, comida, alojamiento, información jurídica, tratamiento psiquiátrico. Funcionó en definitiva como un centro social autogestionado. En una línea menos *underground*, aunque proporcionando también información, cita Frigola a Release.

Las tres primeras experiencias -el PNP, COPE y la MPU- las podemos situar en el movimiento a favor de los derechos civiles, cuya defensa ciudadana cala en Reino Unido. Gentle Ghost y BIT se vinculan al movimiento *underground* angloamericano.

VII. 3. 10. El colectivo de Psiquiatrizados en Lucha del hospital de día de Madrid.

Ajoblanco esboza dos relaciones con la marginación: la que se padece y la que se elige. La que se elige es la del propio Ajoblanco, aquella que considera que no tiene más necesidades materiales y que por lo tanto permanece alejada del sistema productivo y sus mecanismos de represión. En el trastorno mental, las minorías étnicas, el desempleo y todos aquellos grupos que quedan fuera del ritmo normal de producción y consumo, la marginación se rotula. Con el fin de recuperarlos, los expertos elaboran distintos instrumentos de rehabilitación cuyo componente principal es un sistema pavloviano de educación. Todos estos sujetos padecen la marginación y asumen pacientemente su proceso de integración.

Los pacientes más descontentos del hospital de día de Madrid fundaron en 1977 la organización Psiquiatrizados en Lucha. Como el colectivo socialista de pacientes -SPK, por sus siglas en alemán-

piensan que toda psiquiatría es siempre una muleta del sistema que les enferma. A diferencia de este colectivo, consideran que el psiquiatra funciona como figura neutra que canaliza sus miedos y lo consideran fundamental. Su médico, González Duro, habla sobre una posible influencia de los médicos del hospital de día en los Psiquiatrizados: “*Nosotros éramos muy cuidadosos de no manipular a los enfermos, nunca los utilizamos*”³⁷⁷.

No consiguieron la infraestructura ni la autonomía de los agrupaciones anglosajonas. No tuvieron un espacio independiente, ni puntos de reunión, ni se reunieron lejos del espacio del hospital de día. No llegaron a editar publicaciones propias, folletos informativos o revistas al estilo de los *Cahiers pour la folie*. Se mantuvieron al margen de los conflictos de las clínicas de Ibiza y del Hospital de día y no hay datos de su presencia en la psiquiatría institucional. Fueron más un rótulo, un deseo de psiquiatras progresistas, que un colectivo real.

En esta única entrevista, comparten parte de la crítica propuesta por las alternativas psiquiátricas y también muchos de los puntos de vista del hospital de día al que pertenecen. Volvemos al error de comunicación como causa de la locura. Remarcan la ambigüedad de su función, reveladora por un lado, pero al cabo chivo expiatorio de las contradicciones sociales. Incapaces de una síntesis normalizadora, los locos se quedan atrapados en el conflicto del que el síntoma es metáfora. Insisten en introducir categorías de clase a la hora de analizar epidemiológicamente la enfermedad mental -patologías y estatus social- y, una vez se les pregunta, quieren centros de tratamiento en las ciudades.

Cuando van más allá del marco de sus médicos, cuestionan la universalidad de las propuestas de las alternativas. Quieren más autonomía y defienden su participación en el tratamiento³⁷⁸. Como grupo, se aproximan más al movimiento ciudadano pro Derechos Civiles que a la épica contracultural del marginado.

El grupo se acaba diluyendo. Según González Duro: “*lo que pasa es que claro, la gente, si*

377 González Duro E. 2 de diciembre 2014. *Entrevista propia*.

378 Pardo J. Psiquiatrizados en Lucha. *Ajoblanco*. Febrero 1978;30:46. [publicado originalmente en el Crack. Editada por Laboratorios Colectivos Chueca]

aspiraba a la curación, eso no tenía permanencia, no puedes ser toda tu vida un psiquiatrizado, si no te conviertes en víctima del terrorismo (...) Esto son aberraciones sociales cuando a las víctimas se les da poder, y pasan de víctima a victimario”³⁷⁹.

La misma sección menciona la Fundación Áuria, la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados del Hospital Clínic (ARHC). También el trabajo de Mony Elkaim en Bélgica y sus grupos comunitarios autogestionados³⁸⁰.

Dentro del extra escribe también un breve artículo la Asociación de Mutua Ayuda Psiquiátrica³⁸¹. Localizada en Barcelona, sin centro propio, convocan reuniones en la parroquia de San José Oriol. Como sus colegas de Madrid, Londres o Alemania sus inquietudes no se centran tanto en la función política o social de la locura como en la ausencia de derechos de los locos. Más que una asimilación lo que buscan es su incorporación a otro de los discursos sociales admitidos por el estado, el código civil. Reclaman para ellos los mismos derechos que para los “normales” y rehúyen cualquier tratamiento que intente un especial cuidado terapéutico. Requieren el acceso al sistema de salud y a un tratamiento médico al uso. En cuanto a las relaciones de cuidado, piensan que deben de establecerse entre personas etiquetadas, únicas capacitadas para establecer relaciones de ayuda mutua. La psiquiatría es *“un elemento marginador, agravado por la falta de interés, que obstruye la posible terapia del enfermo, ya que se le excluye de la sociedad considerándolo un elemento perturbador en el normal desarrollo de la misma*”³⁸².

Hay un tercer grupo de psiquiatrizados en Ajoblanco, aquellos que respondieron al llamamiento de Baldiz y participaron escribiendo cartas a la redacción. La mayoría de las veces los extractos de las cartas publicadas sirven de introducción a la sección.

Una de las constantes es la alienación simbolizada en la violencia terapéutica del manicomio:

379 González Duro E. 2 de diciembre 2014. *Entrevista propia*.

380 Disminuidos físicos y psíquicos. Nosotros también somos ciudadanos. En Dossier Marginación. Ajoblanco. Febrero 1978;30:41.

381 Asociación de mutua ayuda psiquiátrica. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco. Marzo 1978;33.

382 Ídem.

el ingreso involuntario, los efectos secundarios de la medicación, la alianza de los sanos -médico y familia-.

Otros son propios de la idiosincrasia del Régimen político cuyas restricciones no dejan demasiado espacio al tratamiento o a la locura: la explotación del trabajo terapéutico y la misa del domingo eran punto controlado de reunión e intercambio colectivo.

El potencial regresivo del tratamiento se denuncia en la dinámica institucional en la que el paciente es sujeto de la medicación y del régimen carcelario. A las vivencias delirantes que narran los psiquiatrizados se opone sistemáticamente la violencia. Se incorpora al delirio con formas persecutorias, provocando la agitación en base a la cual se realizan después las contenciones físicas y farmacológicas.

Entre las formas de violencia quienes escriben destacan: la involuntariedad del tratamiento, la sedación como forma de coacción. Los mecanismos de la institución total de Goffman: uniformes, ventanas, promesas incumplidas, familias aliadas con profesionales y abuso de fármacos. Rutinas carcelarias: horarios impuestos, ingreso involuntario y desposesión de objetos personales. Rutinas autoritarias: *allí no explicaban nada, te ponían una inyección y no sé qué pasaba*. Roles pre-configurados que prometían libertad a cambio de sumisión y silencio. Técnicas pastorales: el interrogatorio y la confesión. Técnicas directamente coercitivas como el electroshock o la contención mecánica.

En medio de ese caos, el loco padece impoluto. Lo que les queda a los Psiquiatrizados es la autenticidad. Cuentan las historias de todos, historia de sujetos frágiles que padecen desengaños amorosos o delirios esquizofrénicos y que por esa razón son castigados de forma muy dura. A través de este tipo de historias se habla del derecho a la locura, a no ser castigado por padecerla y de los derechos civiles de los locos³⁸³.

383 Por un colectivo de locos. Ajoblanco. Abril 1977;21;47

VII. 3. 11. Las entrevistas

VII. 3. 11. 1. Entrevista a Félix Guattari.

Rosend Arqués y Santi Soler³⁸⁴ viajaron a Bolonia para entrevistar a Félix Guattari en diciembre de 1977. La pregunta de Guattari es la de la burocracia, “¿cómo *satisfacer las necesidades de amplias masas?*” A ella le opone la pregunta sobre el individuo, pero en lugar de responder desde la vigilancia y el control, invierte los valores y responde desde la insumisión del deseo, “¿cómo *preservar las singularidades individuales, las irreductibles posiciones del deseo?*”

Si el problema de la burocracia es cómo serializar al individuo y mantener una identidad, el problema de la terapia es cómo dar cuenta de las lógicas de las burocracias para liberar el deseo. Volvemos a la terapia política y combativa de la contrapsicología.

Guattari resume en esas dos preguntas el punto de encuentro y el conflicto entre las burocracias de las democracias industriales avanzadas y la nueva izquierda. Ambas preguntas marcarán la década de los 50, de los 60 y de los 70, al menos para la psiquiatría y sus alternativas, que van a intentar descartar los modelos improductivos y reeducar a las familias.

La dificultad para las burocracias está en establecer un código de organización social, algo así como el código moral, que pueda aplicarse al individuo y preservar a la vez su identidad. Las aberraciones que resultan de un desencaje total entre el modelo aplicado y el deseo individual desembocan en los tipos marginales.

Para no ir más allá del tipo marginal y desterrarlo de la sociedad, Guattari describe en la entrevista dos tipos de represión: La fuerte es directamente coercitiva, aplica el encierro o la violencia física. La suave consiste en “*intoxicar a la población por medio de los mass media, en controlarla, en cuadricularla por toda clase de medios*”. Pone como ejemplos “*la sectorización, la*

384 Santi Soler perteneció al Movimiento Ibérico de Liberación (MIL). Entrevistó a Guattari con Arqués redactor habitual de la revista. Además de a Bolonia viajaron a París para entrevistar a Michael Foucault. Galván, la recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas.

psicologización de la vida familiar, el desarrollo de métodos de control pedagógicos de las escuelas e incluso cierta concepción del ocio”.

El conductismo de Skinner funciona como método de represión fuerte, mientras que el psicoanálisis o la sugestión publicitaria serían instrumentos de su variante suave, que hace uso con ellas de la infantilización y supresión de responsabilidades de las masas: *“El poder de Estado y sus ramificaciones políticas, sindicales y culturales tiende a controlar el más pequeño acto de nuestra vida”.*

Para quienes caen fuera de su red se ha fabricado un segundo sistema de vigilancia, un modelo marginal de identidad, que asocia improductividad con tutela y peligro. Es cierto que los procesos de asimilación van integrando la desviación, pero tal integración no sobrepasa el nivel simbólico. Es cierto que el estado de bienestar sostiene a las minorías marginadas, pero la lógica de tal integración es económica, en la medida en que es más rentable pagar una pensión que integrarlas en el sistema productivo.

Junto con la alienación, el cómo de la revolución ocupó gran parte del interés intelectual de los 70. Al contrario que la izquierda tradicional, Guattari no encontró contradicción entre la vieja y la nueva izquierda. La masificación de los nuevos movimientos sociales eran para él garantía de una revolución inminente: *“De la efervescencia espontánea a la que se asiste actualmente saldrán nuevos tipos de organización, nuevos tipos de sensibilidad que nadie puede hoy definir”*

Era especialmente optimista en el caso de nuestro país. Para él la transición democrática no se debía a la oposición del Partido Comunista sino a la confluencia de la revolución molecular que atraviesa todos los engranajes de la sociedad y las contradicciones de la burguesía.

VII. 3. 11. 2. Entrevista a David Cooper³⁸⁵.

En la entrevista a Cooper el síntoma no es una metáfora de un conflicto interno, el síntoma es

385 Anónimo. David Cooper o la capacidad de estar loco. Ajoblanco. Febrero 1978;30;58-61.

la metáfora de un conflicto externo. La locura es una posibilidad subversiva, es revolucionaria, por eso no debe de ser asimilada por la institución. Hay que prescindir de los psiquiatras para poder entrar en contacto con nuestra propia locura, Sólo luchando contra la institución es posible la revolución social. De otra manera se volverá a reproducir el socialismo burocrático.

Cooper reconoce la influencia de las teorías sistémicas americanas en su crítica a la familia. En 1976 no sitúa el problema tanto en la familia como en la sociedad industrial y sus instituciones. El discurso de Cooper se inscribe, pues, dentro de los movimientos de nueva izquierda. Se interesa más por la crítica insitucional y la emancipación de las minorías que por la lucha de clases tradicional.

En esta emancipación no importa tanto la toma del poder como la transformación individual de las personas: solo la autonomía personal con relación a las burocracias ajenas al yo conseguirá la revolución.

Piensa que es en las minorías dónde se conserva el germen de algo nuevo. Los feminismos cambiarán a las mujeres y por tanto las estructuras familiares que sostienen al capitalismo; la homosexualidad y la permisividad sexual darán lugar a una nueva relación con el cuerpo, lejos de las relaciones reproductivas de la familia:

“Creo que hoy existen los medios para luchar contra la psiquiatría. Y no sólo esto, sino también contra todas las formas de violencia institucional o institucionalizada. Para mí éste es el camino que lleva a la revolución social. Si, por el contrario, va creciendo poco a poco únicamente una revolución política, se corre el riesgo de producir otro socialismo burocrático. Sólo con una revolución social y una política se puede avanzar en el camino del comunismo”³⁸⁶.

VII. 3. 12. Los autores más citados

Aún cuando Ajoblanco optó por una óptica más libertaria, los autores de referencia se sitúan en la estela contracultural de la revista. Son continuas las referencias al primer libro de Laing *El yo dividido*. Cooper, con *Psiquiatría y antipsiquiatría*, aparece de manera intermitente a lo largo de los

386 Anónimo. David Cooper o la capacidad de estar loco. Ajoblanco, Febrero 1978;30;60.

distintos números.

Basaglia es la opción institucional, si bien el contenido de la sección en sí se centra tanto en la identidad personal como en sus determinismos sociopsicológicos. La conexión en manos de Manuel Baldiz vira en la dirección más contracultural de la revista. Pesan Reich y Marcusse como influencias que describen los derroteros interiores de la estructura socioeconómica. Otras referencias contraculturales de la sección mencionan a Allan Watts y *El libro del tabú*, también a Cortázar, a Buda, a Leonard Cohen³⁸⁷

No nos extrañan las escasas menciones a Thomas Szas. Szas se esfuerza en subrayar el régimen absolutista en la relación terapéutica. Determinada perspectiva moral se sanciona con la suspensión de derechos. En Szas, el modelo sociológico de la Escuela de Chicago se entiende como resultado de un estatuto jurídico. Desde este punto de partida, la enfermedad mental se explica como un juego de conductas que deja poco espacio a la retórica del marginado o a la expresividad del *underground*. Para Szas un primer objetivo es devolverle al loco su cualidad de ciudadano.

Goffman funciona como herramienta de crítica terapéutica estructural. Es el caso de la resistencia al manicomio³⁸⁸. La crítica sociocultural prescinde de otros autores de su escuela.

Dentro de la psicoterapia, se menciona la institución del análisis de Gantheret y, en coherencia con la antipsiquiatría inglesa, la escuela de Palo Alto de California.

VII. 4. CONTRAPUNTOS DE AJOBLANCO: OZONO Y EL VIEJO TOPO. CONTRACULTURA Y NUEVA IZQUIERDA

Ozono comenzó a publicarse en 1975 y se mantuvo en circulación hasta el año 79. Como en Ajoblanco, confluyeron en la revista varios universitarios madrileños. Difundió la contracultura angloamericana, especialmente su música, que alternó con temas de actualidad. Un mes después de la publicación del extra de antipsiquiatría de Ajoblanco, Ozono publicó un dossier sobre el tema.

387 Baldiz M. Locos, místicos y colgados. Ajoblanco. Julio y agosto 1977;24;66.

388 Baldiz M. Antipsiquiatría 3. Ajoblanco. Enero 1977;18;36-37.

A tres meses del primer número de Ajoblanco, en junio de 1974, se lanza en Barcelona otra nueva revista, *Vibraciones*³⁸⁹.

Vibraciones es una revista musical que respalda iniciativas culturales, una pequeña editorial nacida al amparo de Mandrágora³⁹⁰, un pequeño sello dedicado a textos filosóficos. Vibraciones importa a nuestro país rock contracultural, pero ya como fenómeno independiente de la rebelión tecnocrática de la nueva izquierda. Estamos en 1976. Mandrágora busca un medio de divulgación de los planteamientos que desbordan la línea editorial de Vibraciones. Parte de su equipo editorial diseña una nueva revista, *El viejo topo*³⁹¹, cuya finalidad es informar de las distintas corrientes políticas que surgen y crean conflictos dentro de la izquierda: “*nos propusimos, de la manera más ingenua, hacer una revista que fuera una plataforma de debate para la izquierda que se estaba matando entre ella*”³⁹².

Si Ajoblanco se plantea como soporte y foro de los nuevos movimientos, ambas revistas trataron la antipsiquiatría como temática de las nuevas corrientes. Realizaron una función divulgativa que dependió no tanto de las disquisiciones de las alternativas psiquiátricas como del equipo de redactores y la función de divulgación. Nos acercamos a sus contenidos en tanto contrapunto de la difusión realizada por Ajoblanco.

VII 4. 1. OZONO. El dossier de antipsiquiatría en la contracultura madrileña³⁹³

Nos cuenta José Ribas³⁹⁴ que tras la muerte de Franco, comienza el declive de la contracultura en Barcelona. Emerge con fuerza Madrid, ciudad en la que Ozono, publicada entre 1975 y 1979,

389 Sus fundadores fueron Ángel Casas, crítico musical y Miguel Riera, vecino del primero. Ribas J, Op. Cit.

390 Mir García J. El Viejo Topo treinta años después: Cuando la participación es la fuerza. Madrid: El viejo topo; 2006.

391 Como Ajoblanco, El viejo topo comenzó a andar de las manos de otro triunvirato; Miguel Riera, Claudi Montaña y Josep Sarret. Como en Ajoblanco el equipo la revista entró en crisis a finales de la década para acabar desapareciendo en 1982. En 1993 Miguel Riera renaudó la publicación que continúa a día de hoy. Idem.

392 Lombardía JO. y Nieto Pereira L. Entrevista con Miguel Riera, director de El Viejo Topo. Pueblos. Revista de información y debate. Diciembre 2004, Disponible en: <http://www.revistapueblos.org/old/spip.php?> [consultado 25 de febrero de 2017].

393 Ozono. Abril 1978; 31.

394 Ribas J, Op. Cit.

desarrolla una versión más lúdica y menos reivindicativa que la corriente catalana. Ajoblanco y Ozono intercambian tanto publicidad como contenidos. Es 1978. El tono informativo del dossier de la revista es más moderado que el del extra de Ajoblanco. Escriben cuatro psicoanalistas. El núcleo fundamental, defiende la perspectiva de sus autores: el abordaje psicológico del hombre moderno. El dossier se cierra con un resumen de tres experiencias prácticas.

En el primer artículo³⁹⁵, la represión señala un fracaso colectivo en la integración del loco, que, no obstante, continúa representando un problema de adaptación. La hebra antipsiquiátrica, manifestada en ese temor colectivo a la locura, se hila en términos freudianos. La autora aprovecha el artículo para insistir en la necesidad de aumentar el número de terapeutas como solución al malestar social:

“El loco es el recipiente de nuestra represión. Ha fracasado en tanto que loco en la adaptación a la vida social y su disfrute. Pero como no podemos ocultarnos el precio de esa vida social y ese disfrute -por aquello de no ver la parte oscura- si el loco es escuchado se opta más bien por silenciarle”.

El dossier continúa con un breve recorrido histórico por los modelos de locura que comienza y acaba en el psicoanálisis edípico³⁹⁶. El loco representa el modelo tecnocrático de integración de la irracionalidad improductiva del sistema. Su exclusión exige el encierro manicomial que pasa de las manos de los religiosos a las de los médicos. Ambos se disputan el control del hospital en el terreno legislativo.

El cambio teórico se impulsa desde el cambio social en un movimiento en el que gana espacio la explicación psicológica de la locura. A principios de siglo, el psicoanálisis constituye el contrapunto a la clasificación nosográfica de Bleuler-Kraepelin y al análisis comprensivo de Jaspers. Durante la Segunda Guerra Mundial la interpretación psicoanalítica se fortalece e introduce en la clasificación las reacciones adaptación. Tal reconocimiento implica, para el autor, la apertura de la psiquiatría al medio, punto de partida de la crítica freudomarxista de Reich -que intenta explicar el fascismo de

395 Morales Zaragoza ML. Ozono. Abril 1978; 31;34.

396 Galán E. La construcción de la alternativa psiquiátrica. Ozono. Abril 1978; 31;35-36.

Hitler- y la de Marcuse.

De nuevo se acude a Fábregas y Calafat para dar cuenta de la triple división de la alternativa. Laing queda vinculado a Jones y a la escuela de Palo Alto; Basaglia por referencia a la estructura socioeconómica, a Cooper; la terapia radical a la lucha por los derechos civiles; y Guattari y Deleuze continúan la crítica freudomarxista. Szas, más que dentro del movimiento ciudadano se sitúa en una perspectiva ética.

Los campos de concentración son otro núcleo a tener en cuenta en esta apertura. En ellos se encuentra el punto de partida a la crítica institucional de Goffman, que sitúan, a la par que el psicoanálisis, en el origen de la crítica psiquiátrica de los 60.

No hay lugar para la contracultura americana. Figuran Tosquelles y su psicoterapia institucional, también la escuela de Bateson y Watzlawick en Palo Alto. El malestar se focaliza aquí en la madre, como cabeza visible de la institución familiar.

La parte más original desde nuestro punto de vista la aportan los artículos de Sara de Azcárate³⁹⁷ y Genoveva Rojo³⁹⁸.

Sara de Azcárate resume las intervenciones de Basaglia y Gervis en las jornadas de presentación del extra de antipsiquiatría de Ajoblanco en la sala Villarroel de Barcelona en marzo del 78³⁹⁹.

Genoveva Rojo aborda desde una perspectiva de género el problema de la locura, intentando salvar las dificultades que plantea la práctica psicoanalítica clásica desde esta perspectiva

De Basaglia, los comentarios que se reproducen se ajustan a las ideas que moldearon su descripción de la locura:

“El problema de la locura es el de su integración, la locura es la gestión de la locura. Si la mayoría de los internados son pobres locos, es una tergiversación no reconocer que son en el fondo locos pobres y que el conflicto tiene connotaciones política”⁴⁰⁰.

397 Sara de Azcárate escribió en Triunfo y en Ajoblanco. En esta última revista fundó el colectivo cineprajda. Firmó el guión de la película *Vámonos Barbara*. En Ozono escribe como en Triunfo sobre Basaglia.

Azcárate S. A, ante, cabe, bajo, contra, de, desde... la psiquiatría. Ozono. Abril 1978; 31;37-41.

398 Rojo G. Por una práctica psiquiátrica de contenido feminista. Ozono. Abril 1978; 31;42-43.

399 Sobre este encuentro escribirá Azcárate un segundo artículo en *Triunfo*: Azcárate S. Franco Basaglia: “Ser un psiquiatra hoy es destruir el manicomio”. Triunfo. Marzo 1978; 788;30-31.

400 Azcárate S, Op. Cit. p. 38.

Las palabras de Gervis y Basaglia llevan el análisis sociológico marxista dentro de la institución. La clase está en el eje de la expresión sintomática del loco y en el centro de su integración. Ya decían en Ajoblanco que no era lo mismo un alcohólico rico que un alcohólico pobre. Junto con las jerarquías y rutinas que, dentro del hospital, transforman a una persona en un enfermo, el hospital reproduce la misma división de clases que puertas afuera.

El manicomio ha funcionado como una isla, pero no hay tras sus muros ningún mecanismo nuevo. Dentro de la clase proletaria, los locos pertenecen al lumpen. Casi a su nivel se sitúan las clases profesionales más explotadas; celadores, cuidadores, auxiliares; que imitan y ejercen directamente la violencia de sus mandos.

Comenzar una reforma institucional es acabar con las clases dentro del manicomio. Cuando se piensa en la asamblea, se piensa en la emancipación no sólo de los locos, sino también de todos los subalternos que forman parte de esa cadena de montaje de la marginación.

El capitalismo vuelve infelices a dominadores y dominados, pero solo entre estos últimos podemos encontrar sus chivos expiatorios, los marginados. La clase influye en la institución total porque decide quién llega a ella y quién no. Decide quién, llegando a ella, puede ser clasificado como sano o como loco:

“Al loco pobre se le encierra, al más pudiente se le psicoanaliza y al poderoso se le reconocen malos días y un carácter fuerte, despótico, cuando impone por la fuerza su locura. El haz que atraviesa esa estructura es económico y se basa en una sola ecuación, convertir al loco en un trabajador, aunque milite”⁴⁰¹.

Conectamos aquí con el loco integrado *versus* loco marginado de Ajoblanco. En *Ozono* se prima la función del consumo y de producción, antes que la función lúdica.

De este rasgo diferencial de la locura en Basaglia o en Gervis -la clase social en un sentido tradicional- hace depender el artículo la represión. No hay en ella más componente psicológico que la alienación socioeconómica. Su táctica principal es el aislamiento del contexto, la abstracción.

Ese es el punto de partida de la tecnificación, dividir el problema entre varios expertos, repartiendo

401 Ídem.

tareas según un sistema de clasificación. En ese sentido contestó Basaglia durante las jornadas a la intervención del psiquiatra Joan Obiols, quien le espetaba que:

“Los trastornos de la sociedad no son para los psiquiatras (...) Para hacer una auténtica psiquiatría hay que hacer una crítica institucional , pero también hay que hacer psiquiatría en las camas (...) A ver si esta generación o la que viene consigue cambiar la faz del mundo⁴⁰²”.

Pese a que ambas remiten a la clase social, encontramos una diferencia entre Basaglia y la contracultura de la antipsiquiatría inglesa: no es el exceso productivo lo que explica la emergencia fuera de la fábrica de una nueva clase revolucionaria, los marginados. En tanto que pobres e improductivos, son el último escalón del proletariado tradicional. Su revolución depende de la toma de conciencia de su doble función, reserva productiva y chivo expiatorio de las contradicciones del sistema. Entre ese saber o no saber de uno, median los profesionales del hospital que reproducen la misma división de clases que los margina y los explota:

“Lo único malo que tienen las abstracciones es hacerlas leyes. La del sexo, raza, nación, ideología, edad y tantas otras existen, pero hoy son éstas las vehiculizadas en pro de la producción. Hoy negar las especialidades es equilibrar la balanza y asumir las estaciones olvidadas por rebeldes: viejos, mujeres, niños, transexuales, y locos (...) A la larga, como si el tiempo no fuera un relativo, la psiquiatría se acaba⁴⁰³”.

De su alianza con el Partido Comunista, además del cambio legislativo, Basaglia esperó y solicitó la solidaridad del proletariado fabril para consolidar la apertura de puertas:

Azcárate reseña también las dificultades del tercer *Reseau* en Bologna que comentó Mora en Ajoblanco. En su artículo, la incorporación de los locos al proletariado indica una cierta apertura en la izquierda tradicional. Su divulgación, promociona la nueva izquierda: además de la fábrica, la revolución precisa integrar a los grupos no productivos junto con los marginales.

Genoveva Rojo sitúa a las mujeres en un gueto privado, la familia, en el que su identidad está doblemente oprimida por las normas que pertenecen a la clase -dentro de la cual su función es meramente reproductiva- y al sexo dominante. Ambos espacios determinan las identidades previas

402 Ibid. p. 40.

403 Ídem.

que especifican su modo normal o natural de ser, serializado con fuerza en las relaciones terapéuticas hombre-mujer.

Rojo hace referencia a las nuevas corrientes psicoanalíticas que intentan vadear lo que el inconsciente patriarcal de Freud aportó a dichas representaciones. La revisión marxista emprendida por autoras como Luce Irigaray, en el sentido de localizar esas representaciones en una estructura social históricamente determinada, es el reverso feminista del análisis freudomarxista de la represión.

Los últimos artículos del dossier proponen una alternativa al sistema manicomial y revisan tres experiencias psiquiátricas.

El elemento común que los artículos tratan es la reflexión sobre las dificultades del modelo comunitario. La alternativa pasa por la sectorización, con la creación de centros comunitarios de tratamiento, y por un funcionamiento asambleario. El contacto continuo con el barrio, la supresión de jerarquías y la revisión continua de la experiencia son los medios para evitar la reproducción de un dispositivo tecnocrático: *“Se explica este fenómeno porque una psiquiatría comunitaria sin participación del pueblo, realizada únicamente por la clase dominante, aboca a una psicologización de la población con conductas desviadas”⁴⁰⁴*.

Enrique González Duro⁴⁰⁵ repite artículo con el hospital de día. Apenas hay cambios en su discurso en el que se entremezclan la psiquiatría anglosajona y la italiana: en las sociedades democráticas los comportamientos desviados o peligrosos para la estructura social son etiquetados. Por este mecanismo general se llega a la enfermedad mental, categoría que limita, canalizada por la familia, las posibilidades expresivas de la subjetividad del desviado. Ante esta opresión a los locos sólo les queda el síntoma para expresar su diferencia.

La labor del psiquiatra o del terapeuta es aceptar la locura para realizar un análisis colectivo de la opresión, y de esta manera superarla racionalmente. En la perspectiva de Szas, reconoce la autonomía del paciente al que propone un contrato voluntario dentro del marco de los derechos

404 Baez J. Psiquiatría española, una contestación. Ozono. Abril 1978; 31;42-43.

405 González Duro. Asumir la locura, no reprimirla. Ozono. Abril 1978; 31;45.

civiles.

Duro repasa en este artículo las dificultades a las que ha tenido que hacer frente el hospital de día. De nuevo, se subraya el aislamiento del resto del hospital y la posición de la comunidad que, a su juicio, han podido limitar parte de su éxito.

También José García⁴⁰⁶ revisa, desde Santiago de Compostela, los problemas de la sectorización de Conxo: la represión con la que se dio por cerrado el conflicto, la oposición de medios de comunicación reaccionarios, la negativa de parte del personal sanitario. Y otra vez, las limitaciones legislativas, incluida la ley de peligrosidad social.

Todavía más próximo a Basaglia encontramos a Amador Calafat, en Palma. Calafat duda de cualquier cambio en el estatuto social de la locura, mientras no haya una revolución colectiva. Como el psiquiatra italiano, comienza su reforma concienciando al personal laboral. Lo reúne en torno a una reivindicación salarial y profesional, a la que suma un proceso de especialización. Con esta defensa inicial de los derechos de los trabajadores Calafat trata de afrontar la oposición en el Hospital Psiquiátrico de Mallorca⁴⁰⁷.

Los Psiquiatrizados en Lucha hablan en *Ozono* del manicomio. Discrepan sobre el origen último de la locura, la familia o la sociedad, e insisten en la línea editorial del dossier: *“al loco solo le queda luchar por ser el mismo, pero dentro de un medio hostil que es la sociedad y para eso hay que tener mucho valor”*⁴⁰⁸.

Pese a esta modulación del discurso vuelven inevitablemente al tema en el que insistían en Ajoblanco, la privación de derechos. Aunque situaban el origen de su malestar fuera de sí mismos, conservan dentro de ellos la capacidad de sobreponerse. Su historia de superación parte de la capacidad de decidir y de su responsabilidad en la cura.

Como en Lacocho de Ajoblanco tocan un tema de su psiquiatra, pero enfocado desde otra

406 García González. Dotaciones, autonomía, democracia. *Ozono*. Abril 1978; 31;46.

407 Calafat A. Las paredes no caerán solas. *Ozono*. Abril 1978; 31;47.

408 Psiquiatrizados en Lucha. Los manicomios crean locos. *Ozono*. Abril 1978; 31;48.

perspectiva. Más que de un viaje emancipador se trata de una travesía heroica, en la que asumen su propio malestar. El manicomio, puede llegar a ser un lugar cómodo “*porque no tienes derecho a pensar, a responsabilizarte u opinar*”⁴⁰⁹. Pero saben que la tutela es inseparable de la opresión y del encierro.

“En el hospital psiquiátrico te anulan completamente como persona y te convierten en animal, estás vegetando todo el día. El manicomio crea crónicos (...), crea locura (...), no puedes vivir en una cárcel”⁴¹⁰.

Y no quieren vivir amarrados con cadenas ni dentro de un calabozo.

Poco aporta el dossier antipsiquiátrico de *Ozono* con respecto a Ajoblanco. Gran parte de su crítica psiquiátrica acaba en el psicoanálisis tradicional, práctica realizada por alguno de los autores del informe.

Queremos hacer notar su mayor proximidad con la antipsiquiatría italiana, hasta el punto de que los Psiquiatrizados del hospital de día insisten más que en Ajoblanco sobre el origen externo - social en el sentido de institucional- de la locura.

De esta antipsiquiatría de Gervis y Basaglia, nos interesa la exposición de las tácticas tecnocráticas, que aíslan y abstraen al individuo de su clase socioeconómica de origen, tanto en el manicomio como fuera de él. En este mecanismo de control encontramos una síntesis entre las contraculturas de nueva izquierda -con su represión interna y la defensa de los derechos de las minorías- y el concepto de clase tradicional marxista -con su defensa de los derechos laborales.

Los derechos civiles, tal y como nos cuentan los Psiquiatrizados, son indispensables para escaparse del manicomio. Los derechos laborales son el camino a través del cual los profesionales llegan a los primeros, a los derechos de las minorías.

El discurso de la antipsiquiatría italiana y la experiencia de Calafat insisten en que, sin toma de conciencia profesional, sin conciencia de las propias condiciones de explotación, no es posible entender la clasificación con la que se aborda la locura y las restantes clases improductivas

409 Ídem.

410 Ídem.

VII 4. 2. El viejo topo

Durante su primera etapa *El viejo topo* salió a la calle cada mes. Con un estilo editorial más tradicional que el de Ajoblanco fue una revista más política que cultural o contracultural. Abordó con rigor y desde un punto de vista teórico la heterogeneidad política de los posmarxismos americanos y europeos⁴¹¹. Hasta su cierre en 1982 incluyó información, debates y opiniones sobre minorías, drogas, control social, literatura, cine, ecología, antimilitarismo, reflexiones políticas, corrientes filosóficas o espacio público.

Sobre la antipsiquiatría informó ya en sus inicios. El dossier del número 4 -*Topoteca*⁴¹²- publicado en enero de 1977, repasó la antipsiquiatría en nuestro país. Volverían sobre el tema a finales de año, en el número de diciembre, con un artículo firmado por los mismos psiquiatras del Clínico de Barcelona que conformaron el colectivo del extra de Ajoblanco⁴¹³.

Informaron sobre Mujer y Locura desde una perspectiva psicoanalítica⁴¹⁴ negándose a la histerización del cuerpo de la mujer⁴¹⁵; criticaron la antipsiquiatría como idealización de la locura⁴¹⁶; y dieron cuenta de las divisiones dentro de la escuela freudiana de París⁴¹⁷. También entrevistaron a Deleuze⁴¹⁸, a Jervis⁴¹⁹, a Cooper⁴²⁰, a Guattari⁴²¹. Conversaron con Ramón García⁴²² y Franco

411 Dialnet conserva la mayor parte del sumario de la revista en esta dirección. Decimos la mayor parte porque el índice no es exhaustivo:

El Viejo Topo - Dialnet [consultado el 25 de febrero 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6044>

412 Dossier: antipsiquiatría. Enero 1977; 4.

413 Fábregas JL, Roig A y Mora E. Por una psiquiatría alternativa. *El viejo topo*. Diciembre 1978;15:18-20.

414 Genoveva R. Mujer y locura. *El viejo topo*. Enero 1978; 28:45-47.

415 Varela J, Álvarez Uria F. De la histerización del cuerpo de la mujer. *El viejo topo*. Marzo 1980; 9-14.

416 Carandel JM. La idealización de la locura. *El viejo topo*. Enero 1978;28:48.

417 Grau JS. Lacan. Lacan el padre severo persevera. *El viejo topo*. Marzo 1980;42:39-40.

418 Deleuze G y Foucault M. Un diálogo sobre el poder. *El viejo topo*. Marzo 1977; 6: 19-23.

419 Morey M y Sarret J. La locura es la caricatura de la libertad. Entrevista con Giavani Jervis. *El viejo topo*. Diciembre 1978;27:8-13.

420 Entrevista a David Cooper. *El viejo topo*; Febrero 1978; 16.

421 El nº 28, publicó la proliferación de los márgenes, artículo que traducía el original de Félix Guattari *Plan sur la planète. La prolifération des marges*. La proliferación de los márgenes. *El viejo topo*. Enero 1978; 28.

Traducirían una entrevista realizada por Christian Poslaniec para la revista Sex-pol: Guattari F. ¿Qué es la adolescencia? Entrevista con Felix Guattari. *El Viejo Topo*. Abril 1980;43:47-50

422 Morey M y Sarret J. Abajo la autoridad. Entrevista a Ramón García. *El viejo topo*. Diciembre 1979;39:26-29.

Basaglia⁴²³. Dedicaron un dossier a Freud⁴²⁴ y otro un artículo al freudomarxismo⁴²⁵. Por su parte el sello editorial, Mandrágora, publicó el libro *Antipsiquiatría una lógica de la esquizofrenia*.⁴²⁶

A lo largo de sus cincuenta y seis números, El viejo topo elaboró un muestrario de las distintas interpretaciones que la cultura dedicó a la locura durante la década de los 70. Dado que este trabajo estudia la divulgación de la antipsiquiatría, solo vamos a escoger los artículos que traten de manera directa este tema. En concreto nos detendremos en las perspectivas olvidadas por Ajoblanco y en aquellas otras que criticaron o contradijeron las que se publicaron dentro de la revista de divulgación contracultural.

Nos interesamos en estas diferencias por contraposición a la psiquiatría crítica catalana de Ajoblanco o a las movilizaciones profesionales de principios de la década, que trataremos en el capítulo posterior.

La antipsiquiatría reunió en el El viejo topo una perspectiva teórica y asistencial más cercana a la crítica marxista e institucional que la divulgada por Ajoblanco.

La autoría, con poca presencia de psiquiatras, permitió una panorámica más amplia del movimiento e identificó la integración psiquiátrica de la locura con un modelo de control social. La *Topocoteca* intenta ser sobre todo informativa de las corrientes que se movieron fuera de nuestro país. En la línea editorial de la revista se da una visión general de la crítica psiquiátrica europea que suma perspectiva disciplinaria con crítica institucional.

La primera parte hila minúsculos textos de Basaglia, Gentis, Cooper, Reich, el SPK, Deleuze, Guattari, Foucault, Laing, Jervis y Castel. Les une la violencia, una violencia que se asimila literalmente con el poder; poder que equivale a su vez a vigilancia y control normativo.

El poder se ejerce mediante la represión que en Basaglia es pura tecnocracia y en Laing se interioriza. El objetivo del poder es el dominio de una clase sobre otra, de lo normal sobre lo diferente,

423 Notariani M. Elogio del manicomio (entrevista con Franco Basaglia). El viejo topo. Junio 1980;45:17-21.

424 Grau JS, González Duro E y Jaccard R. Dossier Freud. El viejo topo. Marzo 1979;30;33-44.

425 Blanch JM. El inconsciente en la política. (El Análisis freudomarxista). El viejo topo. Septiembre 1979; 48-53.

426 De la Campagne C. Antipsiquiatría: una lógica de la esquizofrenia. Barcelona: Mandrágora; 1975.

por esa razón se vuelve sobre las minorías. Empieza antes que nada en la familia, primer eslabón de una cadena de transmisión que incluye las restantes instituciones de socialización, la escuela y el trabajo.

La locura se produce así colectivamente pero su efecto, la clasificación, es individual.

La antipsiquiatría es la subversión de esa norma, la oposición a la institución que la produce, la negación de tal poder. Es, ante todo, un movimiento de transformación institucional, de lo institucional que conservamos y que más tarde reproducimos y expresamos identificándonos con los locos. Lo que plantea *El viejo topo* es un debate público sobre la función política y normativa de la psiquiatría, que hay que entender enmarcado en una perspectiva marxista clásica. Además de una elaboración más fina, pero menos vinculada a las dudas y experiencias de los antipsiquiatras catalanes, subrayamos dos nuevas experiencias en la completísima divulgación de *El viejo topo*: El Colectivo Socialista de Pacientes y El anti-Edipo.

Del *Sozialistisches Patientenkollektiv* (SPK), Colectivo Socialista de Pacientes, solo se habló en *El viejo topo*: Se fundó en 1970 en la clínica universitaria de Heilderberg. Uno de los médicos de la clínica, Huber, comenzó con sus pacientes una terapia política radical que cristalizó en el colectivo.

Diseñaron una terapia política cuyo fin era tomar conciencia de la función ideológica de la locura. Ni familia, ni instituciones. Es la estructura socioeconómica capitalista la que ha invertido los valores y ha hecho de la locura un trastorno mental individual. Si el capitalismo es la apropiación individual de la producción colectiva, el trastorno mental es la explotación individual de la injusticia colectiva. Sólo el autoconocimiento de la propia explotación puede emancipar al explotado de su enfermedad.

El tratamiento se lleva a cabo en dos etapas. En la primera de ellas, agitación individual, un antiguo diagnosticado establece relación con la persona que solicita ayuda. Ambos caen en la cuenta de que no hay cura a nivel individual o de relación dual. En la segunda etapa, agitación social, el tratamiento continúa en el grupo.

La socialización de técnicas adquiridas a través de experiencias múltiples y la incorporación del individuo al sujeto colectivo conducen a la toma de conciencia de las contradicciones capitalistas y así, a la liberación del síntoma, contradicción de Basaglia. Hay toda una microrevolución en el autoconocimiento de los mecanismos de la propia locura.

El colectivo tuvo una vida muy breve. La confrontación directa con la Universidad aumentó en sus inicios el número de adscripciones. La campaña posterior fue más sutil y se valió de medios reaccionarios de información. Se tergiversó la peligrosidad de los pacientes y el colectivo no sobrevivió un par de años a su inicio.

EL SPK fue la única experiencia autogestionada reseñada por Fábregas y Calafat⁴²⁷. Dentro de su esquema la situaron en el apartado político social y la consideraron demasiado radical. Como Frigola con *People Not Psychiatry* desconfiaron de las experiencias terapéuticas organizadas por antiguos pacientes. Sin embargo, apoyaron sin ambigüedad las luchas de los Psiquiatrizados defendiendo sus derechos civiles y laborales.

Con Alicia Roig, ambos autores escribirían en *El viejo topo* sobre otra de las corrientes político-sociales de su libro. Además, en la antipsiquiatría italiana, divulgaron la experiencia de Trieste y contaron su participación en el tercer *Reseau*. Sin entrar en los problemas de la alianza con el Partido Comunista, divulgaron el manifiesto del tercer *Reseau*. En su texto constitutivo rechazó el manicomio y su extensión, la sectorización, en apoyo de las experiencias autogestionadas.

Por su radicalidad, queremos destacar la poderosa retórica de Deleuze y Guattari:

“Nuestra sociedad produce esquizos como produce champú Dop o coches Renault con la única diferencia de que no pueden venderse (...) porque encierra a sus locos en vez de ver en ellos a sus propios héroes, a su propia realización”⁴²⁸.

Nos detenemos en ellos unas cuantas líneas. Sentimos aquí una oposición todavía más extrema entre capitalismo y esquizofrenia que en la *contrapsicología* de Marcuse o en la *metanoia* de Laing. La revolución política hay que buscarla en la lógica -o más bien en los flujos- de la esquizofrenia.

427 Fábregas JL y Calafat A. Política de la psiquiatría: charlando con Laing. Bilbao: Zero; 1976.

428 Deleuze G y Guattari F. El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Paidós; 1985 [1973], p. 253.

No es tanto el vitalismo de la propuesta lo que nos lleva a detenernos en ella como la autonomía que asume la perspectiva. En la antipsiquiatría italiana o inglesa, la esquizofrenia, aún ganando un valor informativo, se incluía en un marco existencial, sistémico o marxista que determinaba su mensaje. Deleuze y Guattari reconocen su lógica revolucionaria fuera de esos marcos.

No es desde el hombre normal desde donde asoma la revolución política, ni tampoco desde una entidad tan ambigua como la locura o la norma des-reprimida.

La esquizofrenia, el trastorno más alejado de lo real en el sistema de clasificación capitalista, es irreductible a este sistema, “*es su diferencia, su separación, su muerte*”. Nada se puede invalidar en la esquizofrenia, porque nada se puede etiquetar en ella. Ni le pertenece un discurso ordenado ni tiene nada que decir en relación al lenguaje.

Incluso cuando Laing se ha acercado tanto a la contracultura que su mano escribe como el lápiz de Roszak o la pluma de Marcuse, todavía conserva en el síntoma algo de la hipótesis inicial de Palo Alto. En la esquizofrenia topa con una capacidad expresiva distorsionada. Todavía le podemos buscar un símil mitológico. Podríamos decir que la locura es tan ajena al loco como lo fue para Áyax. O que su viaje de regreso es tan arduo como el de Ulises.

En *El AntiEdipo*, de Félix Guattari y Gilles Deleuze, la recuperación de la esquizofrenia es también artística y política, pero lo que se llamó trastorno -lo de menos o lo ingenuo es la etiqueta- es el punto de partida para pensar un mundo. La esquizofrenia es uno de los límites naturalizados por las lógicas dominantes. No es algo de lo que haya que curarse o un lenguaje que nos surja desde dentro una vez viajemos entre los fantasmas de nuestras redes familiares; es uno de los pocos reductos desde donde empezar a pensar.

Pensamos que esta es la principal de aportación de El viejo topo a la divulgación de la antipsiquiatría en nuestro país: su libertad con respecto al colectivo de psiquiatras. Esta posición más ajena permite relaciones que Ajoblanco no tocó o atravesó como por encima. Habla además del interés en la locura desde la restitución del marginal de la nueva izquierda.

En los fragmentos de los escritos de los ex-trabajadores de Conxo, Oviedo, Salt y la Santa Cruz, incluido Ramón García, encontramos otro punto de interés. Su activismo forma, para El Viejo topo, parte de la antipsiquiatría. Volveremos sobre esta selección más adelante, cuando tratemos el conflicto y el encierro de Ibiza en prensa nacional

VII. 5. AJOBLANCO: IMPACTO Y DIFUSIÓN DE LA ANTIPSIQUIATRÍA DENTRO DE LAS CONTRACULTURAS DE NUEVA IZQUIERDA.

Decíamos en el capítulo anterior que el modelo reformista de la OMS se desarrolla, al menos durante los 50, en una doble dirección. A nivel comunitario, el proyecto de reforma se expresa en términos higienistas. Los psiquiatras intervienen dentro de la comunidad a través de la educación sentimental de las familias. A nivel individual, desde el modelo de Jones y la neurosis traumática, se plantean los efectos terapéuticos que determinadas comunidades producen en los individuos más o menos predispuestos.

La incorporación del psicoanálisis a través de las neurosis de guerra supone un proceso de normalización del síntoma. A su capacidad metafórica individual se le añade un origen comunitario. Como hemos visto, la crítica sociocultural de posguerra reconoce la proyección social, pero sitúa el problema en el sustrato económico e ideológico del que se nutre la represión del individuo. Dentro del marco crítico, la antipsiquiatría integra la psicosis como proyecto frustrado de emancipación desvelando la locura como proceso de autoconocimiento colectivo. La integración es más política que moral. En cuanto al proyecto frustrado, sus presiones dependieron de la nacionalidad de la corriente y de la etapa de sus autores.

Tanto su fondo como sus cambios impactaron en el contenido de Ajoblanco. Si las categorías psiquiátricas amplificaron unos mecanismos de represión que constreñían el principio de realidad, la esquizofrenia desveló un proyecto de emancipación limitado desde las presiones externas. En Ajoblanco, la lectura de la antipsiquiatría refleja las etapas y la confluencia con la alienación cultural

del *underground*.

La normalización de la psicosis comienza como forma extrema de inseguridad ontológica. A diferencia de la vulnerabilidad, que cierra el problema sobre el individuo, tal inseguridad nos lleva del falso self al análisis familiar.

Al trastorno, la antipsiquiatría opone la locura, resultado de la presión que la correa de transmisión institucional ejerce sobre sus componentes más frágiles. La familia sigue siendo la más eficaz de las instituciones de socialización, pero no es el único eslabón de la cadena. La escuela, el reformatorio y el manicomio de Goffman forman parte de un engranaje de normalización e individualización que desborda la estructura socioeconómica. Dentro de la familia, la madre ya no es el cuidador principal, ni el factor de transmisión a través de carencias afectivas, patrones dominantes o una falsa comunicación. El resto de la familia se hace cargo de la relación dual cuyo función ideológica se relaciona con la función normalizadora de la institución. Familia y viaje proceden en Ajoblanco de la antipsiquiatría inglesa.

La crítica de la asistencia se vincula con Basaglia y sus contradicciones, Goffman pero también con la teoría de la comunicación humana: “*no puede existir revolución psicológica (interior) sin revolución institucional y económica (exterior)*”⁴²⁹.

En Ajoblanco la concurrencia con Basaglia se produce desde la crítica tecnocrática de Roszak. La integración administrativa del técnico tiene en la negación una función política: reduce las cuestiones sociales a categorías de aplicación individual y solución terapéutica que, si no se solventan hoy, se repararan mañana. La identificación de la locura con nuestra propia represión plantea el criterio de demarcación del técnico como una cuestión de autoridad. La inversión tipo mayo francés de la *nuova sinistra* no cierra en ninguna de las tres revistas la totalidad de las preguntas.

Ya hemos visto como la crítica a las corrientes antipsiquiátricas se plantea desde las dificultades de la institucionalización dentro de un marco que se posiciona frente a esta. La cuestión del poder

429 Baldiz M. Antipsiquiatría 3. Ajoblanco. Enero 1977;18.;36-37.

como un problema fundamentalmente del marco clínico se plantea por ejemplo en el análisis de la Borde, pero tampoco bloquea el funcionamiento en otros dispositivos asistenciales. Este artículo expone las preguntas que desaparecen en los escritos de los psiquiatras alternativos: la integración jurídica y moral de la locura de los que no puede prescindir tampoco el marco antipsiquiátrico y los límites de la estructura asistencial

En los centros de higiene mental se definen dos modelos -y aquí contribuye el artículo de Azcárate en Ozono-. Uno que asume las formas de organización comunales y libertarias de las alternativas políticas. La atención se pacta y se financia dentro de la propia comunidad en la que se desenvuelve. La otra estructura busca una integración institucional. Su punto de partida son los seguros estatales e incluso un modelo tipo Jones. Con relación a los seguros de salud preocupan las incompatibilidades de una estructura asistencial organizada desde la función clínica: conflictos y redes internas, papel moral de esta función, el precio de la financiación o los convenios laborales diferentes.

Que se informe sobre el tercer Reseau en las tres revistas, da cuenta de las distintas posiciones en la alianza con los partidos “elitistas” frente a la presión de otros grupúsculos de izquierda o la consolidación de las incipientes estructuras de apoyo. Sara de Azcárate concreta en Ozono las alianzas externas y la integración expresiva de la interpretación de Basaglia. Volviendo a un marxismo más clásico puntualiza las presiones que padecen dentro de la atención sanitaria cuidador y loco. La clase social influye en la manera de pensar de los psiquiatras y por consiguiente tanto en el juicio diagnóstico como en las expectativas de respuesta. Determina el acceso a uno u otro dispositivo o el grado de tolerancia de la comunidad de procedencia. Las condiciones laborales de los sanitarios impactan en las dinámicas asistenciales, tal y como comentó la crítica interna en la sección anterior desde la óptica comunitaria.

Si dejamos a un lado las preguntas concretas, bajo la jerga que constituye a las instituciones, todas hostigan el mismo mecanismo. En la integración administrativa, jurídica o

moral de la locura ordenada desde el trastorno mental; el movimiento va desde el experto hacia el enfermo. En este sentido, la locura en Ajoblanco conserva la óptica contracultural, devuelve las contradicciones o distorsiones de la lógica instrumental.

Desde el *underground* y desde este extrañamiento burocrático del trastorno, la antipsiquiatría, sobre todo en Ajoblanco, difunde a la opinión pública una imagen de resistencia que insiste de nuevo sobre la metáfora sociopolítica. La locura es la única disidencia ante los grados variables de la represión que empieza en las familias y termina en los expertos.

La explicación antipsiquiátrica se interpreta asimismo desde la experiencia psicodélica, ruptura perceptiva de las imposiciones ajenas. Globalmente plantea una integración moral con connotaciones conscientes de tipo místico y literario que se opone con fuerza a la polaridad cultural -estigma vs enfermedad- del modelo clínico. No obstante, en esa integración se conserva una definición colectiva del marginal que deja poco espacio a las posibilidades expresivas de los afectados. La integración se produce de nuevo a expensas de un modelo que se recibe desde fuera.

Los Psiquiatrizados en Lucha reclaman, proceda de donde proceda el artículo, un estatuto jurídico de ciudadanos y una relación contractual, tema sobre el que pasaron de puntillas las revistas contraculturales. La explicación política de la locura apenas dejó espacio, decíamos, para las interpretaciones de Szas. El alcoholismo, que planteaba en los informes de la OMS las dificultades de la integración jurídica, expone en Ajoblanco una versión extrema de las teorías de Basaglia.

A nivel teórico, la contrapsicología recupera la personalísima racionalidad del loco en los escritos de Deleuze y Guattari, Marcuse o Roszak. De nuevo predomina esa imagen simbolizada de la locura que se sobrepone a quien la padece.

En definitiva a lo largo de su primera etapa, Ajoblanco difundió contracultura y antipsiquiatría. La revista contribuyó como ningún otro medio de comunicación a la divulgación, a la discusión y a la confluencia de la corriente en España.

El influjo de la antipsiquiatría fue independiente de los cambios libertarios y posmarxistas

de la revista. Su publicación señala una “revolución molecular”, es decir, una fractura en el régimen axiológico de la dictadura franquista. Ajoblanco no se organiza solo frente a la autoridad de la dictadura. Se posiciona con las formas no institucionalizadas de política que unen militancia con las lógicas individuales. Tanto en su etapa contracultural como libertaria informa de una búsqueda de alternativas al Régimen que asume las temáticas y el marco *anti* de los nuevos movimientos de las sociedades industriales avanzadas. Uno de estos temas, en tanto metáfora social y argumento de cambio del modelo comunitario, es la antipsiquiatría.

El movimiento antipsiquiátrico en nuestro país acabó siendo más retórico que práctico. Conectó con el discurso de nueva izquierda a través del *underground*, pero las experiencias que se pusieron en marcha, salvo quizás alguno de los centros de higiene de barrio, se inspiran en un modelo reformista. El modelo de Frigola, se inspiró en la síntesis contracultural de la Philadelphia Association, la deriva psicoanalítica del Kingsley.

A nivel teórico, se situó con las contraculturas de izquierdas. Dada la censura del Régimen franquista, la incorporación de las nuevas temáticas desliza una crítica política que la dictadura no identifica.

La propia recepción de la teoría crítica indica la vulnerabilidad y la ceguera de la dictadura. En las deliberaciones sobre el modelo a seguir se atisba el cambio de régimen, en el que la administración de la locura se plantea como un proyecto político de izquierdas. Si contracultura fue Ajoblanco, aquí -y fuera de aquí- dominaron Laing, en representación de un proceso de liberación más psicoterapéutico que colectivo, y Basaglia, a la hora de definir proyectos institucionalizados. Bajo ambas corrientes antipsiquiátricas confluyen grupos heterogéneos que reflejan las dificultades de integración en las estructuras políticas y asistenciales tradicionales bajo el marco *anti*. Ajoblanco informa de las resistencias al modelo de Basaglia cuyas dificultades se analizan con más detalle en *Ozono*. Desaparecen en uno de los pocos artículos escritos por psiquiatras en *El viejo Topo*.

Las diferencias entre la asistencia comunitaria inglesa y el proyecto revolucionario de Cooper o aún de Basaglia bosquejaron en Ajoblanco con mucho un cambio tipográfico. Por su línea

editorial, la revista se organizó como un espacio de confluencia para todas las tendencias. En Ozono el diseño del dossier desplaza la terapia contra la represión al psicoanálisis tradicional. Junto con las experiencias prácticas la integración que se propone se interpreta desde un modelo psico-comunitario. Obvia los valores higienistas y la integración jurídica que presupone el modelo -Edipo y familia, involuntariedad-. La crítica dentro de tal asimilación escoge otra temática de nueva izquierda, la mujer, para tratar de matizar las dificultades del psicoanálisis con las propuestas *anti*.

En suma, se discuten en Ajoblanco las alianzas externas y los modelos asistenciales. En este sentido es fundamental el mensaje político de la sintomatología que suma intereses profesionales y distintas perspectivas de nueva izquierda. Se perciben dos vías, una más experimental, que quiere poner en marcha a través de la locura un proceso de transformación comunitaria. La otra, en un marco más posibilista, se expone sin apenas grietas en El Viejo Topo o en Ozono. Cierra el componente *anti* sobre una exposición sin fisuras de las alianzas externas de Basaglia. A nivel interno se debate entre la reforma italiana y un modelo de integración psicocomunitaria.

Pero la función fundamental de Ajoblanco no estuvo en la confluencia o las disquisiciones de las psiquiatrías alternativas de nuestro país. Como medio de comunicación realizó sobre todo una labor de difusión y normalización que favoreció a locos, psiquiatras y antipsiquiatras.

Si prescindimos del extra, con contenidos y preguntas más corporativistas, Ajoblanco sumó marginación con locura y locura con antipsiquiatría. En ese recorrido continuo entre contracultura y contrapsicología, la normalización que diseña la sección de antipsiquiatría sostiene el papel de heraldo del loco. A través de él -e incluso a su pesar- se desarrolla la crítica disciplinaria y cultural de la enfermedad mental. Se imaginan vidas alternativas. La integración comunal del trastorno mental contiene en efecto un componente moral. Se invierte el papel del técnico y se propone un personaje heroico con la fuerza necesaria para cruzar las puertas del hospital.

VIII. DIVULGACIÓN EXTRAACADÉMICA Y ACTIVISMO SANITARIO: EL CASO DE LAS CLÍNICAS DE IBIZA.

VIII.1 LAS MOVILIZACIONES PSIQUIÁTRICAS EN ESPAÑA.

“Jamás, como nuestros días se ha hablado tanto de la salud. Nunca se ha deseado tanto, ni se ha predicado tanto, ni se ha trabajado tanto a su favor como hasta ahora. La palabra se repite y repite con inacabable y sospechosa insistencia, hasta quedarse sin aliento y hasta perder la cabeza. Existe incluso una Organización Mundial de la Salud, que es una de las instituciones internacionales que más ruido mete (...) todos aspiran ella⁴³⁰.”

A principios de los 70 surgen en nuestro país movilizaciones de distintos sectores profesionales. Junto con un incremento de la conflictividad de las bases tradicionales de la izquierda, se unen ciertos sectores de clase media. Con el movimiento vecinal, la contestación de los clérigos y la movilización de estudiantes se registran huelgas dentro del sector sanitario y educativo. Por la relación directa de los grupos profesionales con las instituciones, sus reivindicaciones laborales tienen, dados los límites de participación colectiva impuestos por la dictadura, una carga política mayor que la habitual en las protestas del sector secundario. En la medida en que garantizan las prestaciones mínimas del Régimen, funcionan como muro de contención de los excesos del desarrollismo de los 60 y como correa de transmisión de los valores de la dictadura. La denuncia de su precariedad laboral lleva implícita la crítica institucional y la restricción de derechos. Ante la ausencia de partidos, sus movilizaciones funcionan como formas no institucionalizadas de participación política. Como veremos más adelante, el Régimen previene esta participación con una legislación especialmente restrictiva con los funcionarios. Las movilizaciones profesionales tensan la cuerda de esa restrictiva legislación laboral hasta provocar una respuesta autoritaria, lo que acaba simbolizando la protesta. Este nuevo radicalismo de clase media conecta en sus formas, en su base y en su ideología, con las movilizaciones masivas de las democracias avanzadas de nuestro entorno. En nuestro país señalan un aumento del empleo profesional asalariado, un cambio de relación de la clase con el Régimen

430 Royo Villanova y Morales R. Crisis de la salud y defensa de la enfermedad. 1ª ed. Madrid: Aguilar; 1963, p. 9-10. Reseñado en De Miguel A, director. Estudios sociológicos sobre la situación social de España. Madrid: Editorial Euroamérica, Fundación Foessa; 1970, p 753. Disponible en: http://www.caritas.es/publicaciones_compra.aspx?Id=4100&Idioma=1&Diocesis=1 [consultado 25 de febrero de 2017].

y funcionan como vectores de transmisión de una cultura democrática incipiente⁴³¹.

Las movilizaciones de los psiquiatras españoles saltaron a la opinión pública en 1971. Son los dos grupos con menos recursos dentro de la medicina⁴³², médicos residentes⁴³³ y psiquiatras, quienes impulsan las movilizaciones médicas de los 70. Se trata de jóvenes profesionales, que se forman o trabajan lejos de los núcleos tradicionales de poder, como las cátedras y sus hospitales clínicos, la psiquiatría privada o los nuevos manicomios del PANAP. Algunos han participado en las huelgas de estudiantes de las facultades de medicina y se les ha recluso en la cárcel. Están familiarizados con las estructuras de movilización de izquierdas y se identifican con las minorías que sufren y amplifican los mecanismos de represión del Régimen⁴³⁴. Por la importación de formas de acción obrera a su sector, por la defensa de los derechos asistenciales y por la divulgación de sus propuestas se han catalogado dentro de los nuevos movimientos profesionales⁴³⁵. En el caso concreto de los psiquiatras, tuvieron un triple propósito: exigir un tratamiento comunitario basado en un sistema asambleario -lo que de por sí implicaba ya una crítica de la dictadura-, apoyar las reivindicaciones profesionales del sector sanitario y valerse de su función institucional para hacer

431 Nicolás Marín E. La libertad encadenada: España en la dictadura franquista, 1939-1975. Madrid: Alianza; 2005.

432 Sin la planificación docente ni el soporte económico de su país de origen, Estados Unidos, el proyecto de especialización en el hospital convierte a los posgraduados en médicos de bajo coste. Además la formación se realiza dentro de un proyecto de medicina socializada y altamente tecnificada sin apenas desarrollo en nuestro país. La ausencia de redes con otros núcleos de especialización como las cátedras y sus escuelas de formación, otra de las vías de especialización del periodo, dificulta la inserción laboral dentro de la doble red asistencial de la medicina tardofranquista: la práctica privada y los infradesarrollados seguros de enfermedad -Seguridad Social y Beneficencia-

433 Dentro de la clase médica, la movilización de los MIR fue el conflicto más persistente y combativo. El sistema MIR se implanta en 1963 en Oviedo, se importa de Baltimore el programa de formación de posgraduados del Hospital John Hopkins. Coexistió con la formación por inscripción en el Colegio de Médicos o la vinculada a las cátedras. Los MIR mantuvieron una comisión nacional con representantes de las distintas asambleas hospitalarias. Se desligaron de los estamentos gremiales como el Colegio o el estatuto de funcionario. En 1975 los promotores de la protesta fueron despedidos. Se aplazó entonces la negociación hasta el 76, año en el que se reactivarán las movilizaciones ya con objetivos exclusivamente laborales. Nicolás Marín E. La libertad encadenada: España en la dictadura franquista, 1939-1975. Madrid: Alianza; 2005. Sobre la implantación del sistema: Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. Educación Médica 2015;16:57-67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-formacion-especializada-espana-del-internado-S157518131500004> [consultado el 25 de febrero de 2017] y Duro Martínez JC. Discursos médicos y políticos sobre la salud comunitaria durante la transición democrática española. Praxis Sociológica; 2014; 18.

434 Colón C. Entrevista propia [Vídeo]; 18 de noviembre 2016. García Reyes S. Entrevista propia [Vídeo] 4 de junio de 2016. Rendueles G. Entrevista propia [Vídeo]; 27 de noviembre de 2015.

435 En la medida en que pone en entredicho la política institucional; consideran lo tecnocrático y lo personal como político; defienden en su formas de acción la democracia directa, la autogestión y la autonomía y se movilizan a favor de los derechos y las comunidades constituidas desde lógicas diferentes; las protestas profesionales se consideran nuevos movimientos sociales, al menos de acuerdo con la definición de Dalton y Kuechler y desde el punto de vista de Manuel Pérez Ledesma. Dalton, RJ y Kuechle M. Los nuevos movimientos sociales. Valencia: Editorial Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana y Diputació Provincial de València; 1990. Pérez Ledesma M. Nuevos y viejos movimientos sociales. En la transición treinta años después. Edición de Carme Molinero. Ediciones Península, 2006.

una crítica de la represión franquista.

El primer conflicto arranca con la protesta de los MIR e incluye a los facultativos en formación del psiquiátrico de Oviedo. Desde esa primera reivindicación el esquema general de todas ellas sigue un patrón básico: se abre una oportunidad que evidencia una restricción de los derechos de los trabajadores, de los usuarios o de ambos a la vez. Se agota sin respuesta o sin restitución la vía administrativa de reclamación. Comienzan las movilizaciones para recuperar los derechos perdidos o reclamar los proscritos. Se organizan con formas de acción clásicas del sector secundario, pero novedosas en el terciario, como el paro o el encierro, la asamblea y la coordinadora. La identidad colectiva del movimiento adquiere diferentes matices en función de las interacciones que sostienen su expansión: se tienden puentes dentro del hospital. Envían boletines al resto de la clase profesional y, en función de la protesta, se establecen lazos con otras instituciones corporativas. A la vez, contactan con la prensa para informar a la opinión pública. En este medio, los médicos tienen a su favor su prestigio profesional y su actividad asistencial que encubre la vertiente laboral de la protesta y permite la crítica política. El derecho a la salud autoriza la información sobre el conflicto a la vez que teje una red corporativa o ciudadana de apoyo. Finalmente, el riesgo de generalización de la movilización, que depende de la interacción entre todos los participantes, determina el éxito de la protesta con la consiguiente recuperación de los derechos perdidos o reivindicados, pero solo en un ámbito local, es decir, con relación a los requerimientos del catalizador inicial de la movilización. Lo habitual entonces es demorar la purga hasta que se tranquilicen los ánimos. En el caso de Oviedo, se consigue en el 71 un aumento del salario y, en principio, la participación de los MIR en la comisión de selección⁴³⁶, democratización que solo se hizo efectiva a nivel legal. La mejora de las condiciones

436 La oferta de plazas era voluntaria en los hospitales de la Diputación. Se accedía por concurso que decidía la comisión de selección. Orden sobre situación de los Médicos internos y residentes de instituciones hospitalarias dependientes directamente del Ministerio de la Gobernación, de las Corporaciones Locales y de otras Entidades tuteladas por aquél. Boletín Oficial del Estado núm 159, 5/07/1971. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1971-846#analisis> [consultado 25 de febrero de 2017].

Orden por la que se dictan normas sobre los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm 213 4/8/1971. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1971-995> [consultado 25 de febrero 2017].

laborales desactivó la protesta hasta las nuevas huelgas de residentes ya a mitad de la década de los 70⁴³⁷. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco presentaron a la Diputación un proyecto de reforma que consiguió abrir un hospital de día, pero con trabas y dificultades continuas a su funcionamiento dentro y fuera del Hospital. En Salt, durante el 72, se impulsó un proceso de transformación comunitaria. Hubo otros tantos que no tuvieron éxito: L'Institut Mental de la Santa Creu vio truncada su reforma democrática por los planes de urbanización de sus terrenos. Conxo sufriría su propia purga entre el 73 y el 75.

Parte del núcleo activista de las movilizaciones describió las protestas alineándolas con la antipsiquiatría italiana en el libro *Conflictos y luchas psiquiátricas en España*⁴³⁸. Si este escrito trató de pactar una identidad colectiva en un ámbito profesional, las luchas tuvieron para los psiquiatras de izquierdas ese mismo objetivo de cara a la opinión pública. En este capítulo queremos investigar los cambios y las interacciones que implicó el nuevo ámbito de divulgación en el discurso de estos psiquiatras. Con este fin, analizar la influencia y la divulgación de la antipsiquiatría en el discurso que se redacta en prensa, vamos a revisar en este medio el desarrollo del conflicto de las Clínicas de Ibiza.

Explicamos ya en la introducción las razones para elegir el encierro madrileño como caso de estudio. Las recordamos aquí brevemente. Dentro del grupo de movilizaciones puramente asistenciales es el único conflicto que se produce y se resuelve en un periodo concreto. Es el único con un seguimiento extenso y diario en prensa nacional. Es el único que consigue un éxito relativo, el

437 Lacalle D. interpreta la movilización en términos de proletarización y recorporativización. Lacalle D. La función social de científicos y técnicos. La clase obrera en España: continuidades, transformaciones, cambios, p. 121-124. España: El Viejo Topo, 2006. Encarna Nicolás la clasifica junto con los conflictos de maestros, clero y estudiantes. En su opinión contribuyeron a romper la cadena de transmisión del Régimen y a crear una cultura democrática. Nicolás Marín E, Op. Cit.

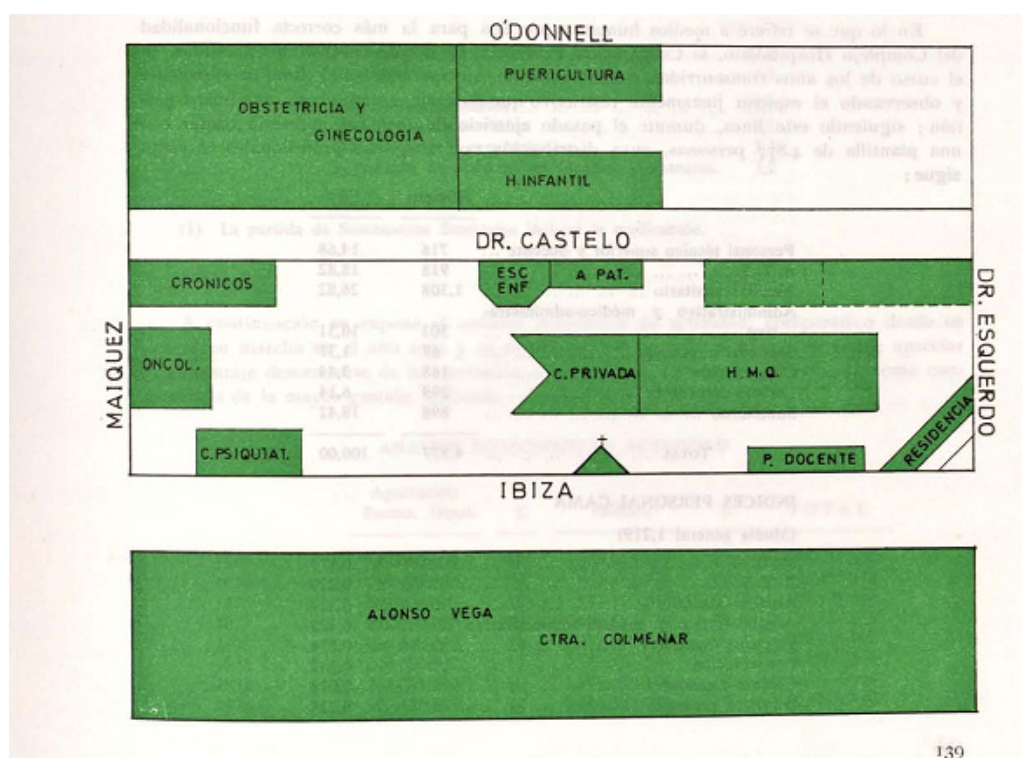
Como ya anticipamos, en el año 76 se modificó el sistema de selección de los MIR. Orden por la que se modifica el procedimiento de selección de los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social, regulado por la Orden de 28 de julio de 1971. Boletín Oficial del Estado, núm. 248, 15/10/1976. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1976-19912 [consultado 25 de febrero de 2017]

438 La publicación colectiva informa de las movilizaciones de la primera mitad de la década. Además describe y fundamenta las alternativas al manicomio que plantea a nivel comunitario dentro de un modelo de reforma institucional global con una medicina socializada. Denuncian los procesos de medicalización, la división de tareas del equipo médico social, la rentabilidad terapéutica como criterio logístico y la transposición de las prácticas manicomiales a los modelos comunitarios. "Las condiciones de posibilidad de la alternativa psiquiátrica son las mismas que presionan al cambio de las actuales relaciones de producción". Bugallo M, Corcés V, García J, González Chavez M, Lamas S, Pedreira V, Sáez Buenaventura C. Conflictos y luchas psiquiátricas en España. Madrid: Dédalo; 1978. p 122

hospital de día.

VIII. 2. LAS CLÍNICAS DE IBIZA.

A finales de la década de los 60, la demanda de asistencia psiquiátrica en Madrid desborda la capacidad del Hospital Provincial de la calle Santa Isabel⁴³⁸. La Diputación, responsable de la atención de beneficencia⁴³⁹, resuelve el déficit de camas con la apertura en enero del año 1969 de un pabellón destinado a “enfermos psiquiátricos agudos” en la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco (CSPFF). El hospital, inaugurado por la Diputación el año anterior, es un complejo de varios edificios en los que se presta atención sanitaria general. Los madrileños lo conocen como las Clínicas de Ibiza⁴⁴⁰. Consta de un total de dos mil doscientas camas, de las que ciento sesenta, casi un 7% del total, pertenecen a la división psiquiátrica.



Plano de la CSPFF. Reproducido desde Informe de la Comisión de Sanidad y Asistencia Social, 1976. En: Memoria de la labor realizada por la Diputación Provincial de Madrid 1976. Madrid: Diputación Provincial; 1976. Biblioteca Regional de Madrid. Signatura: R.1253; p 139.

438 El Hospital Provincial de Madrid estaba situado entre la calle y la ronda del mismo nombre.

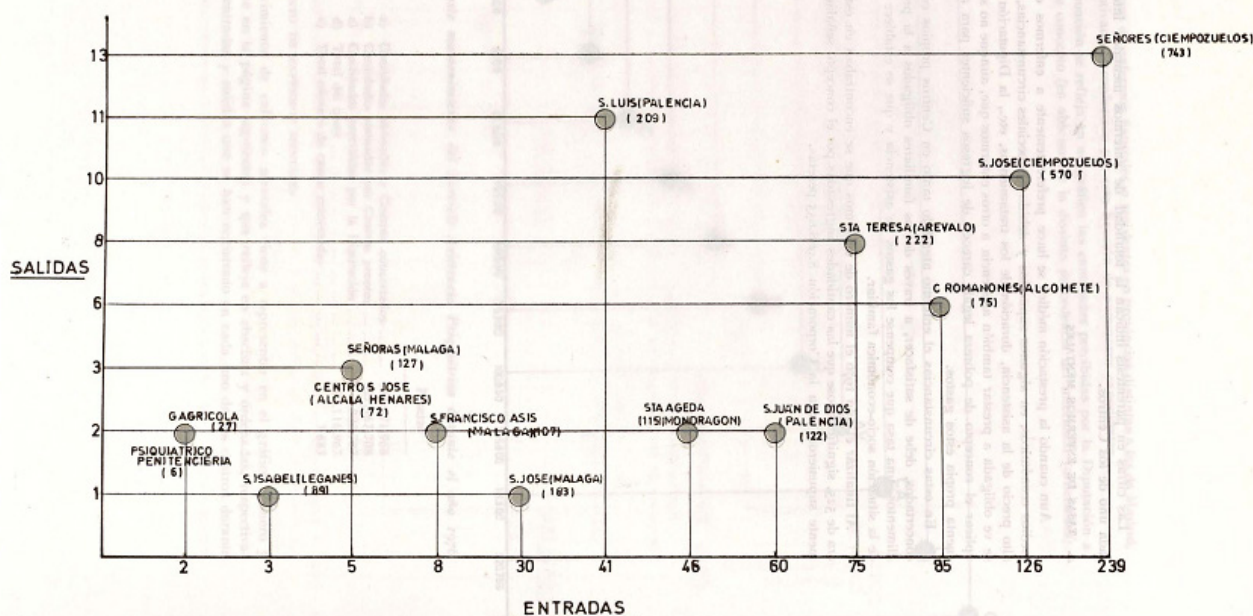
439 Base vigesimotercera. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado núm. 331, de 26/11/1944. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/331/A08908-08936.pdf> Artículo 245 y siguientes [consultado 25 de febrero de 2017].

Decreto de 16 de diciembre de 1950 por el que se aprueba el texto articulado de la Ley de Régimen Local de 17 de julio de 1945. Boletín Oficial del Estado núm. 363, de 29/12/1950.. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/363/A06037-06060.pdf> [consultado 25 de febrero de 2017].

440 El hospital está situado en la calle Ibiza de Madrid. Actualmente se conoce como Hospital Gregorio Marañón,

En julio de ese mismo año, la Diputación completa su programa de asistencia y pone en marcha el Alonso Vega⁴⁴¹. Es un hospital psiquiátrico monográfico de alta capacidad, novecientas diez camas, situado en Cantoblanco, a unos catorce km al norte de Madrid, que se integra en la división psiquiátrica de la CSPFF.

Junto con las Clínicas y el hospital monográfico, completan la asistencia psiquiátrica en Madrid los centros concertados, cuyo coste por cama es sensiblemente inferior al de los hospitales de la Diputación⁴⁴².



Entradas y salidas de Centros Concertados. Reproducido desde Informe de la Comisión de Sanidad y Asistencia Social, 1976. En Memoria de la labor realizada por la Diputación Provincial de Madrid 1976. Madrid: Diputación Provincial; 1976. Biblioteca Regional de Madrid. Signatura: R.1253; p 116. Disponible en: http://bibliotecavirtualmadrid.org/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?registrardownload=0&path=1056948&interno=S&posicion=118&presentacion=pagina [consultado el 25 de febrero de 2017].

De acuerdo con la ley 37/1962 de 21 de julio sobre hospitales⁴⁴³ los centros de la Diputación deben de realizar funciones de asistencia, docencia, investigación, prevención y atención ambulatoria.

441 Actualmente Hospital Doctor Rodríguez Lafora. Camilo Alonso Vega era un militar comprometido con el Régimen que le nombró ministro de gobernación entre 1957 y 1969. Le sustituyó en el cargo Garicano Goñi, ministro durante el encierro en la CSPFF.

442 Como ejemplo, ya solo en las actas de la sesión plenaria del día 29 de abril de 1971 de la Diputación Provincial de Madrid encontramos varias resoluciones con las que la Corporación accede a costear la estancia en distintos hospitales monográficos del país. Actas de la sesión plenaria del 29 de abril de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Apartados 35,34. Archivo Histórico de la Comunidad de Madrid.

Informe de la Comisión Sanidad y Asistencia Social. 1976.

443 Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales. Boletín oficial del Estado num 165, 23/07/1962. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1962-13415 [consultado 25 de febrero de 2017].

En conformidad con la misma ley, la CSPFF funciona en régimen abierto, pero no gratuito. El hospital clasifica a los asistidos según la proporción del coste asistencial asumido. Los enfermos exentos de pago deben figurar en el padrón de las Beneficencias Municipales. Quienes procedan de otras regiones necesitan justificar *“ser indigentes o estar afectados de enajenación mental siendo también indigentes siempre que residan en la provincia de Madrid por periodo superior a dos años”*.⁴⁴⁴ Otro padrón, el de protección médico social del ayuntamiento, regula el acceso al pago beneficiado. Quien acredite un nivel de ingresos débil, contribuirá según las tarifas mínimas. Hay concierto con la Seguridad Social y otras mutualidades. Se abona en su totalidad la factura por ingreso en la clínica privada de la Ciudad Sanitaria.

La organización administrativa no difiere de la del resto de hospitales que dependen de las distintas Diputaciones. Existen órganos directivos, consultivos y auxiliares.

El órgano supremo de dirección es el Consejo de Administración de Gestión Directa. El nombramiento de los nueve miembros del Consejo depende directa o indirectamente de la Corporación Provincial. El pleno de la Diputación escoge entre sus diputados a cinco miembros, el presidente y cuatro vocales. Además, el Consejo incluye automáticamente como vocal al interventor de la Corporación. La composición de la parte técnica del Consejo, los tres vocales restantes, va a depender también en última instancia del beneplácito de la Diputación. Entre los jefes de servicio que forman parte de la plantilla de la Beneficencia Provincial, la Corporación elige al Decano del Cuerpo Médico y al Director General Técnico. El tercer médico del Consejo procede de la terna designada por los jefes de servicio de la Ciudad Sanitaria, convenientemente filtrada por la Diputación. Finalmente un letrado de la Corporación y el secretario de la misma, se adscriben al Consejo con voz pero sin voto, posición que comparten con el Administrador General, nombrado por el presidente del Consejo. El último miembro del Órgano de Gestión es un médico adjunto que se selecciona de entre los tres propuestos por la plantilla médica.

444 Carmona J. N. Reglamento de la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco. Diputación Provincial de Madrid, 1970. Caja 3/1587. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

Tampoco evade el control de la Diputación el órgano consultivo de la Ciudad Sanitaria. Además del Decano y del Director General Técnico del Consejo, forman parte del órgano asesor los jefes de servicio de obstetricia y ginecología, pediatría, oncología y psiquiatría y los tres jefes clínicos de la quinta división del hospital, medicina general y cirugía. Cierran la composición tres médicos adjuntos del hospital general, el decano de farmacia y el secretario de la corporación. Este último, forma parte también de la comisión permanente, junto con el presidente del consejo, la reverenda madre superiora y enfermera jefe, el Director General Técnico y el Administrador general.

Por último, parte de los miembros del Consejo General constituyen junto con parte del órgano consultivo el comité económico.

Por tanto, la dirección, el órgano consultivo y el comité económico de la CSPFF dependen de la Corporación Provincial cuya composición depende a su vez del régimen central⁴⁴⁵, Dirección General de Sanidad y Ministerio de Gobernación.

En cuanto a la organización clínica, se asigna un jefe de servicio a cada una de las cinco divisiones médicas de la Ciudad Sanitaria. Las divisiones se fragmentan en servicios que a su vez pueden constar de una o varias secciones a cargo de un médico adjunto. A las plazas de las Beneficencias Provinciales se accede por oposición, concurso-oposición o concurso de méritos que convoca cada provincia⁴⁴⁶. Junto con ellos ejerce personal médico en régimen laboral contratado por el Consejo⁴⁴⁷. El reglamento de las Clínicas de Ibiza establece para los facultativos tres categorías funcionales, jefe de servicio, adjunto y ayudante que se complementan con las formativas para residentes e internos con cuatro y dos años de formación respectivamente. A efectos prácticos, la contratación y la categoría funcional del personal facultativo depende, salvo que haya obtenido ya su plaza, del Consejo y de

445 Ídem.

446 Ministerio de la Gobernación. Boletín Oficial del Estado núm. 99. Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado núm. 99, de 09/04/1954. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/099/A02238-02258.pdf> [consultado 25 de febrero de 2017]

447 Decreto 3207/1967, de 28 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 10 de la Ley 116/1966, reglamentando el régimen de acumulaciones de plazas en los Cuerpos de Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado, núm. 13, 15/01/1968. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1968-61 [consultado 25 de febrero de 2017]

la Diputación, pero también de la oferta del mercado de trabajo. La plantilla técnica del hospital se completa con personal auxiliar, titulado y no titulado, cuyo número *“no será inferior a uno por cada cuatro camas”*⁴⁴⁸.

En los dos años que lleva funcionando el hospital se ha acotado dentro del edificio un espacio para ingresos privados. En 1970, se abren con esta función noventa camas y en 1971 se le suman otras sesenta y ocho⁴⁴⁹. A lo largo del bienio, el porcentaje del presupuesto que aporta la Diputación disminuye del 37 al 25%, reducción que el órgano local considera positiva en tanto señal de la financiación autónoma del centro⁴⁵⁰. Resulta rentable la clínica privada, el servicio de obstetricia y ginecología, el hospital infantil, el oncológico, las ambulancias y la cafetería del centro. El Alonso Vega es deficitario aunque no hasta el punto de las Clínicas Psiquiátricas de la calle Ibiza que gastan casi cinco veces más de lo que ingresan. El hospital monográfico, con solo un 80% de sus camas ocupadas, rentabiliza el coste por ingreso al reducir casi a la mitad el gasto por estancia. En uno y en otro centro, la mayor partida del presupuesto se dedica a personal, si bien esta cuantía es menor en proporción en el Alonso Vega. La aportación presupuestaria depende en ambos hospitales principalmente de Beneficencia. La Seguridad Social no se hace cargo de los ingresos psiquiátricos, al menos de manera automática, y la contribución de otros seguros como la orden sindical 18 de julio es minoritaria. En definitiva, la asistencia psiquiátrica tanto dentro de la Ciudad Sanitaria como fuera de ella lastra los beneficios del hospital forzando la aportación de la Diputación, aportación que ni siquiera en el caso de las Clínicas de Ibiza alcanza el nivel de la asignación del PANAP⁴⁵¹.

En 1971, el jefe de la división psiquiátrica de la calle Ibiza es el doctor López Ibor. Permanece

448 Carmona JN, Op. Cit. p. 13

449 El diario Madrid informa de que la previsión inicial era de 300 camas. Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 1971; p 5.

450 Actas de la sesión ordinaria del 22 de julio de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

451 La Vanguardia. Barcelona: Una situación penosa. 11 de septiembre de 1971; p 19.

El coste por enfermo en un hospital del PANAP es de 45 pesetas/día. En un hospital de la Diputación, la media es de 36 pesetas/día. En De Miguel A. Estudios sociológicos sobre la situación social de España. Madrid: Editorial Euroamérica, Fundación Foessa; 1970. Disponible en: http://www.caritas.es/publicaciones_compra.aspx?Id=4100&Idioma=1&Diocesis=1 [consultado 25 de febrero de 2017].

en situación de excedencia voluntaria, régimen que le autoriza a mantener su actividad asistencial en la sección de privados y a realizar actividades formativas en las Clínicas. La división se organiza en cuatro servicios, el I y el II atienden a enfermos de inicio reciente y están localizados en la Ciudad Sanitaria. El III y el IV, son secciones para enfermos crónicos situadas en el Alonso Vega. En el pabellón psiquiátrico de la calle Ibiza el propio López Ibor comparte jefatura de servicio con otro de los médicos de Beneficencia, el doctor López Zanón, responsable último, dada la excedencia del Doctor López Ibor, de las ciento cincuenta y ocho camas disponibles para ingreso psiquiátrico en el centro. El director del Hospital de Cantoblanco es el Doctor López Ibor Aliño⁴⁵².

Por tanto, las Clínicas de Ibiza pertenecen a un centro de reciente creación, sin los problemas que plantea el personal sanitario y cuidador de los hospitales psiquiátricos en los que la Diputación ha empezado procesos de reforma. A diferencia de estos otros hospitales, se encuentra ubicado en el interior de un hospital general, localización que limita su extensión. Es un pabellón de tamaño medio que cumple con el estándar de la OMS y consta de equipo psicoterapéutico. En la práctica, carece de dirección y de conexión con el Órgano de Gestión del hospital dada la excedencia de su jefe de servicio.

VIII. 3. CRONOLOGÍA DEL CONFLICTO.

En mayo de 1971, el Hospital Alonso Vega está ya a pleno rendimiento y la Diputación de Madrid decide trasladar allí parte de las camas localizadas en el pabellón de psiquiatría de la Ciudad Sanitaria.

El Órgano Rector del Francisco Franco informa a la plantilla que se opone por escrito a la medida. Rechazadas sus alegaciones, el 14 de Julio de 1971, la Dirección General Técnica de la CSPFF envía al Profesor López Zanón una orden ejecutoria. El número de camas se reduce a la

452 Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 1971;p 5.

mitad y se traslada a parte del personal al Alonso Vega⁴⁵³. En respuesta, gran parte del equipo médico contratado firma y envía el 24 de julio al Consejo de Administración un escrito en el que argumentan su oposición a esta medida⁴⁵⁴. Ante el silencio del Consejo, el miércoles 28, López Zanón solicita inspección al organismo estatal de control, la Dirección General Técnica de Sanidad. Cuatro días más tarde interpondrá, contra la orden ejecutoria, recurso contencioso administrativo.

Dos semanas después, el 11 de agosto de 1971, los médicos de las Clínicas Psiquiátricas envían sus alegaciones no solo al Órgano de Gestión del hospital sino también a prensa y a la diputación. Ese mismo miércoles, el diario vespertino *Madrid* publica en sus páginas interiores una escueta noticia en la que se informa de la reducción de plazas de hospitalización destinadas a “*enfermos mentales agudos*” en el pabellón psiquiátrico de Ibiza⁴⁵⁵. Otro diario vespertino, *Informaciones* esperará al día siguiente para situar la noticia en su suplemento ciencia y tecnología⁴⁵⁶.

La Diputación responde remitiendo a los médicos de nuevo al Órgano de Gestión. No reciben otra alternativa y seis días más tarde, el miércoles 25 de agosto a la 13:00 los médicos psiquiatras comienzan un encierro indefinido para hacerse oír en la propia división psiquiátrica de la CSPFF. Son doce los psiquiatras que se han recluido, nueve en plantilla y tres asistentes voluntarios, en la confianza de que esta actitud no solo “*no significa desatención de las funciones clínicas sino que por el contrario garantizará su mejor cumplimiento*”⁴⁵⁷. A ellos se unen al acabar su turno unos

453 Noticias Médicas. Escrito de una comisión de médicos contratados de las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria provincial Francisco Franco. 19 de agosto de 1971.

ABC. Problemas de la psiquiatría en Madrid. Encierro indefinido de psiquiatras en la Ciudad Sanitaria Provincial. 26 de agosto de 1971; p 35-36.

454 ABC. Problemas de la psiquiatría en Madrid. Depondremos nuestra actitud cuando se suspenda la reducción de camas para enfermos agudos en la Ciudad Sanitaria provincial. 27 de agosto de 1971; p 36.

Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto; p 16.

455 Diario Madrid. En Madrid, Sólo hay 158 camas para enfermos mentales agudos. 11 de agosto; p 15.

456 *Informaciones*. Suplemento de la ciencia y la tecnología La salud mental en España. En número de camas psiquiátricas ocupamos el último lugar de Europa. 11 de agosto; p 2.

457 Se trata de una noticia de agencia. Todos los periódicos consultados reproducen la frase.

ABC. Encierro indefinido de psiquiatras en la Ciudad Sanitaria Provincial. 26 de agosto de 1971; p 38.

Diario Madrid. Malestar en medicina. 26 de agosto; portada.

Diario Madrid. Reclusión de psiquiatras en el Francisco Franco. 26 de agosto de 1971; p 4.

Informaciones. Encierro protesta de los médicos y personal auxiliar. 26 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria “Francisco Franco” se recluyen en sus dependencias. 26 de agosto de 1971; p 7.

veinticinco cuidadores y enfermeras tras enviar la siguiente nota a las agencias de noticias:

“El personal sanitario auxiliar de mañana y tarde que presta sus servicios en las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco se suma a la actitud de protesta por la reducción de dichas clínicas, permaneciendo recluso en estos locales por tiempo indefinido”⁴⁵⁸

Esa misma tarde el personal sanitario encerrado en la calle Ibiza recibe la visita del administrador delegado de la CSPFF⁴⁵⁹ quien solicita interrumpir el encierro para entablar diálogo. La propuesta no se acepta y el personal recluso entrega al administrador y envía a prensa un nuevo escrito, el segundo. Ahora a la reconsideración del traslado de camas se añaden tres nuevas peticiones: es necesario desarrollar un programa de formación y especialización de posgraduados, mantener en el centro a todo el personal de las Clínicas, es decir, evitar represalias por el encierro, y contar con el asesoramiento técnico del personal facultativo en todo aquello que afecte a la atención psiquiátrica⁴⁶⁰.

El tercer día del encierro, el viernes 27, hay ya en las Clínicas de Ibiza cincuenta y cinco personas en reclusión voluntaria. Permanecen encerrados diecisiete médicos y treinta y ocho auxiliares -asistente social, cuidadores y enfermeras-⁴⁶¹. La Diputación se sigue negando a negociar directamente con los médicos, un tercio de la plantilla de las clínicas, e insiste en los cauces administrativos habituales. Se trata de un conflicto laboral y es el Jurado de Empresa quien exige deponer de forma inmediata la protesta⁴⁶².

458 Ya. Quince psiquiatras, con personal auxiliar se recluyen, por tiempo indefinido. 26 de agosto de 1971; p 32.

459 Acuden el Dr. Adriano Espina, presidente del jurado de empresa y el Sr. Espantaleón, administrador delegado de la CSPFF.

Diario Madrid. Última hora. Continúa el encierro de los psiquiatras. 26 de agosto de 1971.

Informaciones. Encierro protesta de los médicos y personal auxiliar. 26 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Continúa el conflicto de la ciudad sanitaria provincial. 28 de agosto; p5.

460 Informaciones. Réplica de los médicos psiquiatras a la diputación provincial. 27 de agosto de 1971; p 2.

ABC. Problemas de la psiquiatría en Madrid. 27 de agosto de 1971; p 35.

461 ABC. Continúan su reclusión en la Ciudad Sanitaria Provincial diecisiete psiquiatras y treinta y ocho auxiliares. 28 de agosto de 1971; p 35.

Noticias médicas: Encierro Voluntario e indefinido de los médicos psiquiatras. 28 de agosto de 1971; portada

462 "Formaron parte de dicha reunión Adriano Espina, presidente titular, tres vocales suplentes (doctores Antonio García Llanes y Enrique Rivas Padilla y el administrativo Virgilio Muñoz Sanz) y los vocales titulares; administrativo Antonio López Merino; especialistas: Pedro Pérez Díaz y José Elvira García, y no cualificados: Ramón Bullido Pomata, David López Nuero y Antonio Gómez Alexandre. Rivas Padilla representaba a las Clínicas de Ibiza y difundió el acta de la reunión". Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial; p 5

Aunque en el Alonso Vega se prohíbe cualquier manifestación de apoyo al encierro, 96 trabajadores del centro -personal auxiliar y cinco médicos- firman un escrito de adhesión. El Colegio de Médicos de Andalucía, el Hospital Psiquiátrico de Asturias⁴⁶³ y, a título personal, Rocher Jordá, fundador y presidente de la asociación de familiares, secundan en prensa la actitud del personal de las Clínicas de la calle Ibiza⁴⁶⁴.

El tercer día del encierro, a media tarde del sábado 28 de agosto, la policía desaloja al personal sanitario⁴⁶⁵. La Diputación despide a los siete médicos contratados y reclusos⁴⁶⁶ y sanciona al enlace sindical⁴⁶⁷. Es imposible una medida similar para los nueve médicos restantes, que son voluntarios y no hay castigo para el personal auxiliar. Tras su expulsión los médicos *“se dirigieron al juzgado a presentar una denuncia por ser expulsado el anterior médico de guardia y ser alterada la paz del sanatorio”*⁴⁶⁸.

El lunes 30 de agosto, dos días después de la intervención policial y quinto día tras el encierro, comienza el tira y afloja entre los psiquiatras desalojados y la Diputación. Los primeros defienden sus peticiones previas y su readmisión mientras que la Diputación insiste en que reconozcan el carácter laboral del encierro y su indisciplina⁴⁶⁹.

463 Informaciones. Última hora: Los médicos psiquiatras puntualizan: nuestra actitud no es un problema laboral. 28 de agosto de 1971; contraportada.

464 La Vanguardia. Tercer día de reclusión en el hospital de Madrid. 28 de agosto de 1971; p 9

465 ABC. Madrid al día: Los médicos reclusos en la CSP abandonaron su actitud. En presencia de la fuerza pública los psiquiatras de Madrid abandonaron la reclusión. 29 de agosto de 1971; p 29-30.

Diario Madrid. Los psiquiatras, desalojados por la policía. 30 de agosto de 1971; p 5.

Informaciones. La policía desaloja a los médicos y personal auxiliar reclusos. 29 de agosto de 1971; p 6.

Nuevo Diario: La policía desaloja a los psiquiatras reclusos. 29 de agosto de 1971.

La Vanguardia. La policía desaloja a los reclusos de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco. 29 de agosto de 1971; p 7.

Ya: Son desalojados los médicos reclusos en la CSFP. 29 de agosto de 1971.

466 González Duro, Emilio García Reverter, Sergio García Reyes, Daniel Marino, María Flor Pérez Fernández, María Salgado Méndez, Ricardo Crisóstomo Pizarro. Rivas Padilla es el enlace sindical que queda suspendido de empleo y sueldo.

Arriba: En presencia de la fuerza pública los psiquiatras de Madrid abandonaron la reclusión. 29 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Urgente convocatoria a los restantes psiquiatras de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco para atender el servicio. 31 de agosto de 1971; p.7.

467 «De acuerdo con el artículo 268 h de la ley de régimen local se les despide por indisciplina, grave resistencia y obstrucción forzada en los servicios dispuestos por los órganos competentes de la DP». ABC, 29 de agosto, Op Cit. p 30..

468 ABC, 29 de agosto, Op Cit. p 29

469 El Alcázar. Sección Nacional: Hoy reunión de psiquiatras. 31 de agosto de 1971.

Los médicos siguen sumando apoyos: setenta médicos de Puerta del Hierro, los médicos del Hospital psiquiátrico de Asturias y ciento cinco médicos de la CSPFF envían a prensa y a la Diputación una nota en la que reconocen el carácter asistencial del conflicto y piden la readmisión de los despedidos.

La Diputación por su parte fija su postura y amplifica de esta manera la protesta con un pleno ordinario donde su presidente obtiene un apoyo sin fisuras⁴⁷⁰.

Tres días después del desalojo y una semana después del encierro, el miércoles 1 de septiembre, los compañeros psiquiatras de los médicos despedidos comienzan un nuevo encierro en las Clínicas de Ibiza⁴⁷¹. Otros seis de ellos acaban de volver de vacaciones, uno procede del Alonso Vega y un octavo, jefe de psicología, se incorporará al día siguiente. Mandan a prensa y a la Diputación una nota en la que explican que comparten las alegaciones asistenciales y técnicas que, previas al primer encierro y por los cauces habituales, fueron realizadas por sus compañeros:

El correo catalán: Los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria han presentado denuncia al juzgado de guardia. 31 de agosto de 1971.

Informaciones: Solidaridad con los psiquiatras despedidos: El problema médico. 31 de agosto de 1971; p 5.

Noticias médicas. Fueron despedidos y desalojados los médicos psiquiatras. 31 de agosto de 1971; portada.

Diario Madrid. Primeros intentos de diálogo tras la reunión prohibida. 31 de agosto de 1971.

Pueblo: La asistencia no está actualizada. 31 de agosto de 1971; p 7.

Pueblo: ¿Por qué no decirlo? Médicos en huelga. 30 de agosto de 1971; p 3.

470 ABC. El presidente reitera que en el conflicto de las Clínicas de la calle Ibiza había una actitud de rebeldía e indisciplina en los médicos. 1 de septiembre de 1971; p 31.

El Alcázar. Conflicto del psiquiátrico. Diputación plena identificación con las medidas adoptadas por la presidencia Mesa de Hospitales. Urgente regreso de los médicos a sus puestos de trabajo. 1 de septiembre de 1971.

La vanguardia. Primer intento fallido de dialogo con los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria provincial. 2 de septiembre de 1971; p 5.

Acta de la sesión del pleno del día 31 de agosto de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

471 Informaciones. Se encierran otros seis médicos en el psiquiátrico. 1 de septiembre de 1971.

Se encierran: «*Alfredo Abrinas Alcalá y Antonio Campoy Guerrero(ambos jefes adjuntos), Miguel Ángel González Chaves, Carmen Sáez Buenaventura, Francisco José Hidalgo y Rodríguez Gorostiza*». Diario Madrid.

Nueva reclusión de psiquiatras. 1 de septiembre de 1971; portada, p 5 y p 24.

ABC. Otros seis psiquiatras se recluyeron en la Ciudad Sanitaria Provincial. 2 de septiembre de 1971; p 37.

Informaciones. Continúa el encierro protesta de los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971.

Ya: Otros seis psiquiatras se recluyen en la CSPFF. 2 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Nuevo encierro en la Ciudad Sanitaria FF de Madrid. (El conflicto psiquiátrico). 1 de septiembre de 1971.

Nuevo Diario. Circulación y psiquiatras, polos de atracción. 2 de septiembre de 1971.

Noticias Médicas: Los médicos que permanecieron recluidos piden que se forme un tribunal deontológico. 2 de septiembre de 1971.

Informaciones. Sin acuerdo entre médicos y diputación. 2 de septiembre de 1971; portada.

Diario Madrid, Prosigue el encierro en espera del diálogo. 2 de septiembre de 1971; p 5.

“Esta actitud no significa indisciplina, obstrucción, resistencia, ni atentado contra ningún principio de autoridad, sino simplemente la última vía posible en defensa de la mejor asistencia de los enfermos mentales, razón de ser de nuestra profesión⁴⁷².”

El Consejo General de Médicos generaliza el conflicto: la protesta de los facultativos de la calle Ibiza representa la precariedad de la atención sanitaria en nuestro país. Es necesaria más planificación, más formación, mayor desarrollo del seguro social y más investigación. Sus argumentos confluyen en un tema fundamental para el gremio en ese momento: la creación de un Ministerio de Sanidad.

Empiezan las asambleas en la Ciudad Sanitaria Provincial. Reúnen a encerrados, despedidos, personal sanitario solidario de la CSPFF y enlaces sindicales de otros hospitales de España. Entre sus comunicados y las notas que envía a prensa la Diputación transcurren los siguientes días. La Diputación está ahora a favor de la readmisión en el *sector* de Ibiza siempre y cuando vaya seguida del fin del encierro y una disculpa por la actitud indisciplinada de los médicos⁴⁷³. Por su parte la asamblea, que no ve necesidad de disculparse, quiere asegurar la readmisión y la integridad de las Clínicas de Ibiza. Pero esto no es suficiente, la Diputación tendrá además que permitir también a sus médicos participar en la planificación y organización del servicio más allá de la composición y el asesoramiento de la Dirección General Técnica⁴⁷⁴.

Entre el jueves 2 y el domingo 5 de septiembre, el Colegio de Médicos de Madrid se sitúa con las conclusiones de la mesa de hospitales⁴⁷⁵, emiten carta de adhesión a prensa ciento tres médicos de la Concepción⁴⁷⁶, se suman otros cuarenta del Gran Hospital, el servicio de psiquiatría de la

472 Diario Madrid. Nueva reclusión de psiquiatras. 1 de septiembre de 1971; portada.

473 ABC. El punto muerto en el dialogo de los médicos y la Diputación no es imputable a esta, en quien siempre hubo buena disposición para la solución del problema. Nota de la oficina de relaciones exteriores y publicaciones de la diputación. 5 de septiembre de 1971; p 45.

474 ABC. Las conversaciones entre psiquiatras y el presidente de la Diputación en punto muerto. 3 de septiembre de 1971; p 41.

Diario Madrid. Los psiquiatras se ratifican en su postura. El lunes vence el plazo dado por la Asamblea de médicos de la Ciudad Sanitaria Provincial. 4 de septiembre de 1971; portada.

La Vanguardia. Definitivamente no hay avenencia entre el PD y los psiquiatras. 5 de septiembre de 1971; p 8

475 ABC. El colegio oficial de médicos se solidariza plenamente con las peticiones de los psiquiatras. 1971

Diario Madrid. El Colegio Médico de Madrid, a favor de los expulsados. 3 de septiembre de 1971; portada.

Noticias Médicas. Reunión de la mesa de hospitales para tratar sobre los médicos psiquiátricos de la CSFF. 1971; portada.

La vanguardia. Continúa la segunda reclusión de médicos en la Ciudad Sanitaria provincial FF. 1971; p 8.

476 Diario Madrid. Adhesiones de médicos de la clínica de la Concepción. 3 de septiembre de 1971; p 5.

facultad de medicina de Valladolid⁴⁷⁷, Leganés, la Sociedad Ginecológica Española, y la asamblea de residentes del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo⁴⁷⁸. Valladolid habla de imitar la acción de la calle Ibiza, y la asamblea de la CSPFF programa un encierro si no hay solución al conflicto antes del fin de semana. Defienden a las Clínicas, la asamblea del Clínico, la facultad de medicina de Madrid, veinticinco facultativos de la Clínica Psiquiátrica de Barcelona, la Junta Facultativa del Hospital Psiquiátrico de mujeres de Ciempozuelos, los médicos de Toen en Orense, los del Instituto Pedro Rocca de Reus, los MIR de la Ciudad Sanitaria de Barcelona, el Hospital Psiquiátrico de las Palmas⁴⁷⁹, el psiquiatra Castilla del Pino⁴⁸⁰ y Rogelio Mir Martí, procurador en Cortes y concejal del Ayuntamiento de Barcelona⁴⁸¹. Apoyan además la Asociación Española de Neuropsiquiatría, familiares de los enfermos ingresados y enlaces sindicales.

El lunes 6 septiembre, cinco días después del segundo encierro en las Clínicas Psiquiátricas de Ibiza, se suma un encierro masivo en la CSPFF⁴⁸². Comienzan reclusión en sus centros el personal del Alonso Vega - un total de seis psiquiatras, veintisiete auxiliares, quince ayudantes técnicos, tres asistentes sociales- y toda la plantilla del Hospital Psiquiátrico de Oviedo⁴⁸³. El martes 7 y el miércoles 8, la reclusión y la asamblea funcionan como herramienta de presión en toda España convenientemente ensambladas en prensa. Incluso el ABC, tan aséptico en sus titulares, publica los números de la

477 Diario Madrid. El Colegio Médico de Madrid, a favor de los expulsados. 3 de septiembre de 1971; portada.

La Vanguardia. Ultimátum del PD de Madrid a los psiquiatras. 4 de septiembre de 1971.

ABC. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria Provincial se ratifican en los términos de la carta dirigida el pasado día 3 al PD. 1971.

478 La Vanguardia. Continúa la segunda reclusión de médicos en la Ciudad Sanitaria provincial FF. 3 de septiembre de 1971; p 8.

479 Diario Madrid. Adhesiones de médicos de la clínica de la Concepción. 3 de septiembre de 1971; p 5.

480 ABC. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria provincial se ratifican en los términos de la carta dirigida el pasado día 3 al PD. 5 de septiembre de 1971; p 45-47.

481 La Vanguardia. Definitivamente no hay avenencia entre el PD y los psiquiatras. 5 de septiembre de 1971; p 8
Rogelio Mir Martí es trabajador del Sindicato de Actividades sanitarias

482 ABC. Hacia una solución en el conflicto de los psiquiatras con la diputación. 7 de septiembre de 1971; p 39

Diario Madrid. Última hora: encierro masivo en la Ciudad Sanitaria. 6 de septiembre de 1971; p 20.

Diario Madrid. Reclusión masiva en la Ciudad Sanitaria. 7 de septiembre de 1971; p 5.

La Vanguardia. Unos 300 médicos de la CSFF en reclusión voluntaria. 7 de septiembre de 1971; p 5.

Ya: Reclusión de médicos y personal auxiliar en varios hospitales. 7 de septiembre de 1971; p 19.

483 Diario Madrid. Encierro indefinido en el psiquiátrico de Oviedo. 7 de septiembre de 1971; p 5

protesta: “*ya son cerca de 1.400 los médicos encerrados en varios hospitales españoles*”.⁴⁸⁴⁴⁸⁵

Se insiste en los primeros argumentos y hasta la Sociedad Española de Psiquiatría, presidida en aquel momento por un miembro del consejo rector del PANAP, vuelve sobre la creación de un Ministerio de Sanidad⁴⁸⁶. Las manifestaciones de apoyo a los médicos incluyen ahora al Banco exterior de España -representación sindical-, al metro de Madrid, a Rateliffe Ibérica y a Whortington⁴⁸⁷. Un par de pacientes en San Pablo simbolizan en la asamblea el apoyo de todos los demás. Le Monde, el New York Times y la Stampa reseñan un comunicado internacional de Reuters⁴⁸⁸.

La asamblea de la CSPFF funciona como coordinadora de hospitales con encierro. La Diputación y esta coordinadora se enzarzan en un ir y venir de comunicados para pulir los puntos de un acuerdo. La Diputación busca sobre todo dejar de amplificar el conflicto y los psiquiatras una mayor participación en los aspectos estructurales del servicio. El domingo 12 de septiembre, diecinueve días después del primer encierro, llega el acuerdo definitivo. Las Clínicas no perderán ni sus camas ni sus psiquiatras que serán readmitidos. Una comisión técnica mixta formada por el mismo número de representantes del Órgano de Gestión que de psiquiatras reorganizará la asistencia en las Clínicas de Ibiza. Ahora bien, en caso de desacuerdo, arbitrará el presidente del Órgano de

484 ABC. Los médicos de la Ciudad Sanitaria Provincial redactan una nueva nota para ser dirigida al Presidente de la Diputación. 8 de septiembre de 1971; p 41.

Noticias Médicas. El conflicto de los psiquiatras se extiende. 8 de septiembre de 1971; p 5.

Diario Madrid. Ya son mil cuatrocientos los médicos encerrados. 9 de septiembre de 1971; p 3.

La Vanguardia. Reclusiones en cadena de diversos hospitales de Madrid, Barcelona y Oviedo. Sigue el conflicto psiquiátrico. 8 de septiembre de 1971.

485 Diario Madrid: Ochocientos médicos reclusos en toda España. 1971; portada.

486 Diario Madrid. El conflicto del psiquiátrico. La sociedad española de psiquiatría no mediará. 8 de septiembre de 1971; p 5.

487 Informaciones. Propósito de la Diputación para dar por terminado el conflicto. 1971.

488 La Stampa. Sit-in di psichiatri in un ospedale a Madrid. 3 de septiembre de 1971; p 11.

Disponible en: http://www.archiviolaStampa.it/component/option,com_lastampa/task,search/mod,libera/action,viewer/Itemid,3/page,11/articleid,0139_01_1971_0205_0011_4608515/answers,true/ [consultado el 25 de febrero de 2017].

Le Monde. Le conflit dans les établissements psychiatriques. Un millier de médecins s'enferment dans leurs hôpitaux. 10 de septiembre 1971.

Disponible en: [http://www.lemonde.fr/archives/article/1971/09/10/le-conflit-dans-les-etablissements-psychiatriques-un-millier-de-medecins-s-enferment-dans-leurs-hopitaux_3061692_1819218.html?](http://www.lemonde.fr/archives/article/1971/09/10/le-conflit-dans-les-etablissements-psychiatriques-un-millier-de-medecins-s-enferment-dans-leurs-hopitaux_3061692_1819218.html?xtmc=le_conflit_dans_les_etablissements_psychiatriques&xtcr=1)

[xtmc=le_conflit_dans_les_etablissements_psychiatriques&xtcr=1](http://www.lemonde.fr/archives/article/1971/09/10/le-conflit-dans-les-etablissements-psychiatriques-un-millier-de-medecins-s-enferment-dans-leurs-hopitaux_3061692_1819218.html?xtmc=le_conflit_dans_les_etablissements_psychiatriques&xtcr=1) [consultado el 25 de febrero de 2017].

New York Times. Spain's doctors Protest System. 12 de septiembre de 1971; p15.

New York Times. Doctors' Sit-Ins in Spain End After Madrid Yields. 14 de septiembre de 1971; p 8.

Gestión⁴⁸⁹. El comité asambleario que coordina el encierro da por concluido el conflicto con un telegrama:

*“Solucionado conflicto. Terminó reclusión. Diputación acepta peticiones. Gracias a todos”*⁴⁹⁰.

VIII. 4. LA MOVILIZACIÓN DE LAS CLÍNICAS DE IBIZA EN PRENSA.

VIII. 4. 1. Prensa periódica diaria.

Decíamos que el diario *Madrid e Informaciones* siguieron la historia del conflicto médico en las clínicas desde sus inicios. Ambos periódicos ya desde sus primeros artículos desarrollan las principales líneas argumentales defendidas por los médicos de la calle Ibiza. El hilo principal es la defensa de un modelo comunitario de asistencia: el problema no es el número de camas, sino la distancia del nuevo Hospital Psiquiátrico⁴⁹¹ a la ciudad, que separa a los enfermos de su entorno sociofamiliar y les aleja, en tanto que hospital monográfico, del hospital general, lugar en el que pueden ser descartadas las “anormalidades somáticas y las distorsiones fisiológicas”⁴⁹². Estas razones terapéuticas, se explican desde otras económicas y estructurales. Como la Seguridad Social no incluye la hospitalización psiquiátrica en su cartera de servicios, la financiación del tratamiento depende de la Diputación de Madrid. La cantidad que destina a este tipo de atención es menor que el presupuesto de otras comunidades aunque los registros de la provincia muestran una incidencia de enfermedad mental mayor a la esperada para su crecimiento demográfico.

489 Diario Madrid. Se adivina la participación al conflicto: participación de los psiquiatras en la estructuración asistencial. 13 de septiembre de 1971; p 5

Informaciones: Terminó el encierro de médicos. 13 de septiembre de 1971; portada.

El Alcázar. Fin de la reclusión. 13 de septiembre de 1971; p 5.

ABC. Se ha resuelto el conflicto entre los médicos de la Ciudad Sanitaria provincial y la Diputación. 14 de septiembre de 1971; p 37-39.

Diario Madrid. Psiquiatras: fin del conflicto. 12 de septiembre de 1971; p 4

La vanguardia. El conflicto psiquiátrico resuelto. 14 de septiembre de 1971; p 8.

Ya: Resuelto el conflicto diputación-psiquiatras. 14 de septiembre de 1971; p 14

El comité está formado por: «López Ibor, Hidalgo Huerta, Aznar Gerner, Martín Sanz y García López. Psiquiatras: López Zanón, Campoy, Crisostomo, García Reyes, González Duro» Diario Madrid. Reunión del comité técnico psiquiátrico. 16 de septiembre de 1971; p 2.

490 ABC. Se ha resuelto el conflicto entre los médicos de la Ciudad Sanitaria provincial y la diputación. 1971; p 37

491 El Hospital Psiquiátrico Alonso Vega está situado en Cantoblanco a unos 14 km del centro de Madrid. Sigue funcionando como hospital psiquiátrico aunque con un nuevo nombre: Hospital Rodríguez Lafora. Con 1200 camas (600 hombres y mujeres) fue inaugurado en 1969 y formaba parte en 1971 de la división psiquiátrica del CSPFF.

492 Diario Madrid. Malestar en medicina. 26 de agosto de 1971; portada.

Con el paso de los días, conforme se va extendiendo la protesta, se retoman en la movilización de las Clínicas de la calle Ibiza otros dos temas con relevancia corporativa a principios de los 70: la reivindicación por parte de las instituciones médicas de un ministerio de sanidad y la reforma asistencial que respalda la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Vamos a rastrear los contenidos de estos argumentos a través de la información en prensa diaria.

VIII. 4. 1. 1. Argumentos asistenciales para evitar el traslado. La OMS, los pacientes y los médicos frente a la Diputación.

Ya en el primer escrito que los psiquiatras enviaron antes del encierro a prensa y al órgano de Gestión de la Ciudad Sanitaria⁴⁹³, el Consejo de Administración, los psiquiatras requerían un cambio en el marco asistencial. La Organización Mundial de la Salud y, con menor relevancia, la Joint Comission for Mental Health son los argumentos técnicos de sus peticiones.

Madrid, como el resto de la prensa nacional, recibe el primer documento de los psiquiatras vía agencia Cifra. Del escrito, selecciona para completar la noticia una cita del quinto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS:

“El servicio ideal para el ejercicio de la salud mental debía ser una unidad psiquiátrica de gran actividad terapéutica y gran poder de absorción, dotado de un departamento de consulta externa y tratamiento ambulatorio completado con un hospital diurno y un albergue nocturno que formase parte del Hospital General”⁴⁹⁴.

Otro tanto hace Informaciones que copia del escrito de los médicos otro fragmento de la serie técnica de la OMS, esta vez del tercer informe del Comité:

“Es ilógico desde el punto de vista terapéutico y financie o el construir enormes

493 El texto se reproduce íntegramente en: Noticias Médicas. Escrito de una comisión de médicos contratados de las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria provincial Francisco Franco. 19 de agosto de 1971; p 8.

494 Diario Madrid. Sólo hay 158 camas para enfermos mentales agudos. 11 de agosto de 1971; p 16.

La frase del diario Madrid no se corresponde exactamente con el texto -original y traducción del 5º informe- que dice textualmente: «De todo lo dicho se desprende que el servicio de salud mental debe girar en torno a un centro activo de tratamiento, relativamente pequeño, que podría estar dotado de los medios necesarios para administrar tratamientos ambulatorios y en cierta medida de unidades móviles, y que, aparte de sus actividades terapéuticas, podría igualmente servir de centro de información y distribución. Ese centro puede ser autónomo y estar completado por un hospital diurno o un albergue nocturno ; puede asimismo formar parte de un hospital general ; muy a menudo su estructura orgánica o su emplazamiento le mantendrá en estrecho contacto con la institución para estancias prolongadas, destinada a los enfermos crónicos, de la cual se trata más adelante». Comité de expertos en Salud Mental, 1957. Op . Cit. p 12.

edificios para mil o más enfermos ⁴⁹⁵.

El diario *Madrid e Informaciones* que realizaron el seguimiento más exhaustivo del encierro, insistirán en vincular una y otra vez la precariedad de la asistencia a las cuestiones económicas y por tanto a la Diputación:

“Existen enfermos ingresados, procedentes de la Diputación de Barcelona y por el solo motivo de cotizar dicha Diputación más alto que lo percibido por la Ciudad Sanitaria de las Mutualidades (caso de que coticen). Sin embargo, los enfermos agudos, es decir, recuperables, de la provincia de Madrid son remitidos a Málaga o Arévalo por resultar su coste más barato a la Diputación” ⁴⁹⁶.

Este choque inicial entre las necesidades terapéuticas de una enfermedad mental curable y sus límites económicos y estructurales va a ser el eje que moverá la información en la prensa diaria y semanal a lo largo de la crisis.

No solo empujan en direcciones opuestas las posibilidades socioterapéuticas del modelo biopsicosocial y el presupuesto de la diputación. Los psiquiatras escriben una puesta en escena que articulan a base de contrastes: entre la vetusta atención de la Diputación y las recomendaciones de la OMS; entre la joven plantilla de la Ciudad Sanitaria, con su mesa de hospitales, sus asambleas y su coordinadora, y ese jefe en excedencia de la división psiquiátrica de la calle Ibiza; entre un modelo socializado de Salud, que los médicos atisban ya en la Seguridad Social, y la práctica privada con su complemento de Beneficencia. Médicos y prensa nacional organizan estos contrastes en torno al porvenir -el modelo médico comunitario de los psiquiatras de las Clínicas- y lo caduco -La Diputación, las cátedras, la medicina privada y el Alonso Vega como símbolo de la psiquiatría asilar -. Que este eje está sujeto a prescripción médica es evidente cuando una semana después *Noticias*

495 Informaciones. Reducción del número de camas para enfermos mentales. 12 de agosto de 1971.

La cita de Informaciones también resume el texto del 3.º Informe: *The committee is convinced that it is, in general, undesirable to build new psychiatric hospitals for more than 1,000 patients (...) From the point of view of therapeutic efficiency, these members of the committee hold that a better size would be somewhere between 300 and 1,000 beds. The committee is well aware of many arguments put forward in favour of very much larger units. These arguments are frequently based on the supposed reduction in the cost per patient per day obtainable in a larger unit. It appears, however, that the widespread belief in the economy of very large hospitals is probably unfounded.*

Expert Committee on Mental; 1953. Op. Cit. p 33.

496 Diario Madrid. Razones económicas. 1 de septiembre de 1971; contraportada.

*Médicas*⁴⁹⁷ publica íntegro el comunicado de los psiquiatras.

La Diputación es el único organismo responsable de la asistencia a los enfermos mentales en la provincia ya que la Seguridad Social no cubre su hospitalización. El número de camas en la provincia es insuficiente para la población que requiere este tipo de atención. Como solución, la Diputación desvía a los enfermos mentales agudos⁴⁹⁸ destinados al CSPFF al hospital Alonso Vega, hospital que, además de ser monográfico, está a catorce kilómetros de Madrid. Al reducir las camas en la CSPFF, la Diputación confirma su modelo de asistencia para este tipo de enfermos: un régimen custodial con hospitales monográficos y aislados.

Los médicos entrecomillan el texto del tercer informe para razonar el despropósito de la medida. Se hacen cargo del punto de vista sanitario, pero también del financiero: el aumento documentado del número de enfermos y la política sanitaria “*decimonónica de almacenamiento*”⁴⁹⁹ de enfermos desarrollada por la Diputación de Madrid es un error desde el punto de vista económico. Será incapaz de reducir a medio plazo el número de camas necesario al descartar un tratamiento ambulatorio, comunitario y basado en el sector.

Desde la Joint Commission on Mental Illness and Health, los médicos contratados proponen un modelo de atención prioritario y diferenciado para agudos dentro de un Hospital General:

*“Las ideas actuales en torno a la hospitalización en psiquiatría coinciden en prácticamente todos los países desarrollados en dar preferencia al tratamiento en el seno de los hospitales generales dado que los hospitales generales habitualmente poseen la ventaja de ofrecer grandes facilidades para el tratamiento de cualquier enfermedad aguda en sus comienzos, o sea, cuando las posibilidades de recuperación completa son mayores. Estos hospitales además ofrecen la ventaja de mantener al paciente en relación con sus familiares y ayuda a eliminar defectos inhumanos de aislar al enfermo de su comunidad.”*⁵⁰⁰

Para contrarrestar la división entre agudos y crónicos del texto de la Joint Commission los médicos recurren al quinto informe de la OMS. Al citar este informe subrayan que también en el

497 Noticias Médicas. Reducción del número de camas para enfermos mentales. 19 de agosto de 1971; p 8.

498 Los médicos de las Clínicas de Ibiza definen enfermo agudo como “*el curable a corto plazo*”. Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971; p 5.

499 Ídem.

500 Noticias Médicas, 19 de agosto 1971. Op. Cit.

caso de estancias prolongadas la atención en un hospital general será preferible a la del hospital monográfico, insistiendo en las posibilidades curativas del tratamiento comunitario, modelo ideal de asistencia para el enfermo mental.

Por último, los psiquiatras lamentan en su primer escrito la ausencia permanente del jefe de la división psiquiátrica de las Clínicas de la calle Ibiza. En excedencia desde la inauguración de la sección en enero de 1969, su ausencia impide el asesoramiento adecuado de la comisión asistencial, única razón por la cual la Diputación podría actuar sin tener en consideración los informes técnicos de la psiquiatría anglosajona y optar por el traslado. Así, vinculan un argumento sanitario con otro administrativo, vínculo con un fuerte valor simbólico que van a mantener hasta el final de la protesta. Al establecer esta relación, los médicos de las Clínicas de la calle Ibiza reiteran su oposición a la Diputación a través de la figura del cátedro y jefe del servicio⁵⁰¹.

El miércoles 25 de agosto, cuando los psiquiatras deciden permanecer en el pabellón psiquiátrico de la Ciudad Sanitaria de manera indefinida, envían a prensa su segundo escrito en el que radicalizan sus peticiones sobre los mismos argumentos. Las ciento cincuenta y ocho camas de la calle Ibiza son ahora un mínimo para abandonar la reclusión: El pabellón psiquiátrico es un centro altamente eficaz, con una estancia media de 23,4 días, al que le hace falta, tal y como explicó el doctor López Ibor⁵⁰² cuatro años antes, consulta externa, hospital de día y nocturno. Son además el único centro enclavado en un hospital general en la zona centro de la ciudad, el único coherente con la política de atención que propone el tercer informe de la OMS para la recuperación de enfermos

501 Tele/eXprés. Hemos conseguido que se conozcan los problemas de la asistencia psiquiátrica. 5 de septiembre de 1971.

502 En la asamblea Luso-Española de Neurología y Psiquiatría celebrada en agosto de 1967, según el diario Madrid, Juan José López Ibor decía: *“Mucho importa que poco a poco vayamos restableciendo las bases para una asistencia presente y futura lo más “realista” posible. La Diputación de Madrid se ha enfrentado con este problema incluyéndolo en el programa inmediato de su reorganización hospitalaria. Aunque el servicio de psiquiatría del hospital provincial funciona ya con un pabellón, hay otro en construcción en la misma área del Nuevo Hospital Provincial. Tendrá unas trescientas camas. Un servicio así, enclavado en la zona hospitalaria en medio de la ciudad, ha de tener un rendimiento extraordinario”*. En el mismo artículo se informa de la excedencia del doctor López Ibor y de la ausencia del director del Hospital Alonso Vega, Juan José López Ibor Aliño, *“que cogió vacaciones”* al conocerse el encierro. Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 1971; p 5.

agudos, informe que permite además recalcar lo inconveniente que resulta el aislamiento geográfico del Alonso Vega⁵⁰³.

Tras el desalojo del primer encierro, el día 28 de agosto, a las peticiones de los médicos se unen los efectos de sus cuidados -o de la falta de estos- en sus pacientes. El diario Madrid reproduce la carta enviada por el marido de una paciente en la que pide que vuelvan sus médicos⁵⁰⁴ y ABC informa de los efectos del desalojo en términos de histeria y de peligro:

*‘Trascendió un tanto los enfermos (...) Pudimos asistir a dos crisis de histeria en otras tantas mujeres y a exacerbaciones en agresividad en otros dos pacientes: No queremos que nos quiten a nuestros médicos, oímos decir a uno de los pacientes’*⁵⁰⁵.

Si cincuenta familiares firman una carta de apoyo a sus médicos de Ibiza⁵⁰⁶ el diario *Pueblo* incluye breves testimonios: *“Desde que se marcharon los médicos no ha vuelto a mejorar nada mi hermana”*⁵⁰⁷.

Ya y El Alcázar, reproducen la carta de una madre⁵⁰⁸ *“muy preocupada por la falta de asistencia médica, vital en estos casos debido a la expulsión de los médicos de dicha entidad”*.

Hasta *El Caso* apoya la protesta. Respetando su línea editorial informa sobre los efectos del desalojo en la enfermedad mental: *“un enfermo comenzó a gritar al ver dentro a un miembro de la policía armado (....) entre las mujeres ocurrieron desmayos (...) otros enfermos quisieron marcharse con los médicos expulsados. La agitación entre ellos provocó crisis”*. Critica el desfase e insuficiencia de la asistencia mental en España⁵⁰⁹ cuyo símil es el del médico que permaneció de

503 Diario Madrid. Última hora: Continúa el encierro de los psiquiatras. 2 de septiembre de 1971.

ABC. Depondremos nuestra actitud cuando se suspenda la reducción de camas para enfermos agudos en la Ciudad Sanitaria provincial. 27 de agosto; p 35-36.

ABC. Encierro indefinido de psiquiatras en ciudad sanitaria provincial. 26 de agosto de 1971; p 38

Arriba. Continúan encerrados los psiquiatras. 1971.

Informaciones. Continúa el encierro protesta de los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971.

Informaciones. Réplica de los médicos psiquiatras a la Diputación provincial. 27 de agosto de 1971.

Nuevo diario. Continúa el encierro de los médicos psiquiatras. 1971.

Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971; p 5.

504 Diario Madrid. Primeros intentos de diálogo tras la reunión prohibida. 31 de agosto de 1971; p 5.

505 ABC. Los médicos recluidos en la CSP abandonaron su actitud. 29 de agosto 1971; p 29.

506 Informaciones. Continúa el encierro protesta de los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971.

507 Pueblo. Los médicos tomarán medidas. 3 de septiembre de 1971.

508 El Alcázar. Carta de la madre de una enferma del hospital. 1971.

Ya. Carta de la madre de una enferma. 3 de septiembre de 1971.

509 El Caso (De Besaya G). Peligrosa agitación entre los locos. 1971; p 9.

guardia por orden de la diputación: “*administró a casi todos un medicamento, el sinogan, a pesar de que no los conocía con anterioridad. Tal tratamiento ha producido algunos colapsos*”.

También los miembros del Sindicato Provincial de Artes Gráficas padecen enfermedades mentales curables, pero su apoyo a la protesta responde a razones más pragmáticas: “*después de satisfacer el coste de la Seguridad Social hemos de pagar la asistencia psiquiátrica de nuestro bolsillo, directamente, o indirectamente, a través de las Mutualidades*”⁵¹⁰.

En suma, los argumentos de los médicos en prensa se oponen a la autoridad de la Diputación como gestor de la asistencia psiquiátrica, critican la función del director médico nombrado por esta misma Diputación y describen los efectos en los enfermos de la precariedad sanitaria con testimonios e informes técnicos.

VIII. 4. 1. 2. Tejiendo redes.

El Ministerio de Sanidad. La Seguridad Social. La formación de los médicos. El Colegio de Médicos y la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

El mismo día en el que la Diputación envía a la policía a la Ciudad Sanitaria, el 27 de agosto de 1971, el diario *Madrid* y el periódico *Informaciones* encuadran las asépticas notas de prensa de Cifra y Europapress en un marco asistencial cuya precariedad desborda los límites del conflicto de la Ciudad Sanitaria⁵¹¹.

Un par de días después del desalojo de los médicos encerrados, el día 28 de agosto, *Pueblo* comienza su artículo con la siguiente frase: “*Estamos llegando a la fácil conclusión de que la asistencia psiquiátrica constituye en la actualidad un grave problema en España. que hasta la fecha, y en términos generales. está siendo afrontado con criterios todavía decimonónicos*”⁵¹². En los días

510 Diario Madrid. Manifestación de vocales de artes graficas. 4 de septiembre de 1971; p 5

511 Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial. 28 de agosto de 1971; p 5.

Se defiende el punto de vista de los médicos y se encuadra la protesta en un marco asistencial. Publica en esa misma página La gran familia sobre las redes de patronazgo en la universidad frente al que solicitan un sistema meritocrático en en los hospitales. El mismo día el diario *Informaciones*, habla del problema de Oña y escribe sobre *la enfermedad sanitaria*.

512 Pueblo: La asistencia no está actualizada. 31 de agosto de 1971; p 7.

sucesivos en el Diario Madrid, Informaciones y Pueblo la situación concreta de las Clínicas de Ibiza es consecuencia no solo de la precariedad de la atención sino también de un problema de coordinación y organización sanitaria.

Al problema de salud mental se añadirá el problema de la planificación de la asistencia sanitaria y la formación de los médicos, temas fundamentales para conseguir el apoyo del Colegio de Médicos y los médicos residentes.

El Consejo General de Colegios Médicos va más allá y en la editorial de su Boletín Informativo, ya durante el segundo encierro, habla de precariedad profesional:

“La verdad es —afirma— que la Ley de Bases de Sanidad de 1944 no se ha aplicado; que el Seguro Social de Enfermedad, después de veinticinco años, no resulta satisfactorio ni para el médico ni para el enfermo; que la Ley de Coordinación Hospitalaria sigue sin reglamento; que la de Especialidades lleva más de veinticinco años sin plena vigencia; que las promociones médicas se titulan sin prácticas y carecen de posibilidades reales de internado y residencia; que las posibilidades de investigación son poco más que simbólicas; que se carece de un auténtico plan sanitario”⁵¹³.

La reestructuración de la sanidad española bajo tutela de los médicos forma parte del catálogo oficial de reivindicaciones del gremio desde hace casi una década.

En 1965, la primera asamblea provincial de médicos de hospitales identifica el hospital con un espacio de cura, investigación y formación, eje de la organización de la sanidad española. De manera implícita topan en el hospital con un sistema de clasificación, el que facilitan las distintas gestoras de salud del Régimen. Con presupuestos diferentes, distintas capacidades técnicas y regímenes laborales dispares, discriminan tanto a nivel de salarios, posibilidades formativas y funciones como a nivel de asistencia. Desde ahí los médicos reclaman la participación en la planificación sanitaria tanto dentro como fuera del dispositivo. Con el objetivo de acabar con la dispersión de regímenes laborales y asistenciales, proponen la creación de un Ministerio de Sanidad que unifique la labor de Beneficencia y la de la Seguridad Social, dependientes en última instancia de la Dirección General de Sanidad y del Ministerio de Trabajo respectivamente. Los médicos rechazan la falsa magnanimidad que sostiene

⁵¹³ Consejo General de Colegios Médicos: «Se está agotando nuestra capacidad, de paciencia, de sacrificio, de buena, voluntad». La vanguardia. Nuevo encierro en la ciudad sanitaria FF de Madrid. 2 de septiembre de 1971; p 8.

el empleo voluntario y las becas de formación dentro del hospital y piden una regulación mayor del sistema de formación⁵¹⁴.

Tres meses antes, en mayo del 71 en Oviedo, la formación y la gestión democrática de los centros formaron parte de los temas que complementaron la reivindicación salarial en la protesta de los médicos residentes. Los paros en Asturias comenzaron precisamente para protestar por la precariedad laboral de los becarios en formación⁵¹⁵. Durante las huelgas, ambos temas separaron lo nuevo de lo viejo. Cuando el Consejo General de Médicos intentó canalizar la movilización y mediar ante la Diputación, los médicos jóvenes no reconocieron su autoridad. Aún así, los colegios aprovecharon la protesta de la calle Ibiza para divulgar su propuesta organizativa a la opinión pública conectándola con las movilizaciones de los MIR. Así lo contaba al hilo de la movilización el presidente del Colegio de Médicos de Murcia a *Informaciones* cuyo suplemento semanal de la ciencia y de la técnica dedicó varios números a las protestas médicas:

*“El problema no se puede reducir a unas circunstancias económicas o de reivindicaciones personales. Está claro que hay un fallo estructural, y que si nos limitamos a resolverlo con dinero simplemente, no iremos a ningún lado. Oviedo ha sido la espita por donde ha estallado la crisis, planteada por médicos jóvenes, porque de otra forma no podía haber sido”*⁵¹⁶.

Durante el encierro de la calle Ibiza, el colegio se mueve al ritmo de la mesa de hospitales y ofrece apoyo pero no mediación. Los representantes del colegio intensifican su presencia en prensa, pero renuncian a representar los intereses de los médicos, tema de conflicto en la anterior protesta de Oviedo. Quien mediará con la Diputación es la asamblea. De esta manera, formación y participación

514 *Informaciones*. Suplemento de la ciencia y la técnica. García Miranda. La actual estructura sanitaria es inadecuada. Entrevista al presidente del Colegio de Médicos de Madrid. 30 de junio 1971; p 3

Informaciones. Suplemento de la ciencia y la técnica Lafuente Chaos, presidente del consejo general de colegios médicos. El sistema hospitalario necesita de fuertes modificaciones. *Informaciones*. 30 de junio 1971 1971; p 5.

515 El núcleo inicial que organiza en el HPO la protesta, agrupados en torno a la Coordinadora, opta por el problema laboral -salarial y docente- de los MIR como catalizador de la movilización. No obstante, tras la movilización de Ibiza, durante su segundo encierro, plantean con esa misma función la necesidad de democratizar la gestión y la planificación. Durante la primera parte del conflicto de Oviedo, con el apoyo de los MIR y la ruptura con el Consejo General de Médicos, la democratización de la gestión se pide en las comisiones de selección de los nuevos residentes.

García González, J. *Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: El caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)*. Granada: Universidad de Granada, 1979; p 365 et seq. [<http://hdl.handle.net/10481/43236>] [Consultado 25 de febrero 2017].

516 *Informaciones*. Suplemento de ciencia y técnica. Entrevista a Jesús Quesada Sanz, presidente del Colegio de Médicos de Murcia. La medicina española precisa soluciones políticas. 23 de junio 1971; p 3.

en la gestión dentro y sobre todo fuera del hospital se unen a las reivindicaciones de los médicos de las Clínicas de la calle Ibiza. Este último requerimiento cristaliza en la petición de un Ministerio de Sanidad que va a permitir la confluencia de grupos muy dispares.

Una parte de los médicos defiende una estructura central para garantizar y planificar una medicina socializada que redistribuya la riqueza a través de un seguro de salud a imitación del sistema inglés⁵¹⁷. En este lado estarían los partidarios de desvincular la atención sanitaria de la capacidad adquisitiva o del empleo. La salud se considera un derecho que el Estado debe de garantizar sin discriminación por renta o situación laboral. En el otro lado, se sitúan los que piensan que el Ministerio debe coordinar la atención de los distintos seguros sociales, organizando la asistencia según un modelo de tipo americano, es decir, que contemple la salud como un derecho de los trabajadores del que se benefician subsidiariamente las personas sin ingresos. En este caso, con o sin seguros privados, lo que se plantea como alternativa a la red paralela de Beneficencia son redes asistenciales comunes aunque con coberturas distintas en función de la renta. En uno y en otro caso lo que se pretende es un convenio homogéneo de mínimos para médicos y para enfermos. Un ejemplo del primer grupo lo encontramos en los médicos que se encierran en las Clínicas de la calle Ibiza o en los componentes de la mesa de hospitales de Madrid⁵¹⁸. Del segundo, en las juntas directivas de los Colegios de Médicos. Con sin elección de médico, con o sin organización sectorial de la asistencia, los dos lados defienden la intervención de los médicos en los distintos sistemas de salud y un convenio laboral homogéneo. La función del Ministerio no sería garantizar la universalidad del derecho a la salud o ejercer una vigilancia preventiva sino desarrollar una política sanitaria que evite la discriminación geográfica, laboral y asistencial propiciada por las redes paralelas. Esa planificación y la consiguiente expansión y homogeneización territorial de la atención

517 Este grupo no estaría limitado a los médicos de “izquierdas”, el PANAP por ejemplo dedicó una monografía al seguro de salud estatal inglés:

Gallart Capdevila J M. La asistencia psiquiátrica en Gran Bretaña: generalidades. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. 1968.

518 La mesa está formada por representantes de los hospitales de la provincia.

englobaría a las otras dos funciones, la salud como derecho y la prevención de enfermedades.

El auge en prensa de la protesta de la Ciudad Sanitaria permite que las Clínicas de la calle Ibiza, junto con los hospitales e instituciones que la secundan, insistan una y otra vez en este consenso que impulsa de entrada el Colegio. La precariedad que se denuncia en las Clínicas con los informes de la OMS en la mano remite a la fragilidad y la heterogeneidad de la planificación sanitaria en España, precariedad que en opinión de los expertos quedaría resuelta con la participación de los médicos en la planificación de la asistencia. Las peticiones que se hacen desde el apoyo cada vez más masivo a las Clínicas de Ibiza vuelven a la creación de una única institución que coordine y estructure la asistencia sanitaria, al desarrollo pleno del sistema de Seguridad Social⁵¹⁹; a la organización de un sistema que garantice y pague la formación de los médicos; a la mejora de sus condiciones laborales y a la planificación técnica de la atención con la participación de los facultativos. Independientemente del modelo de financiación, se suman a la protesta todos aquellos que sitúan en este Ministerio el remedio a la precariedad asistencial y laboral - interinidades, redes, pluriempleo y salarios bajos- de la medicina española.

Tal canalización del malestar laboral permite expandir la protesta en base a una doble táctica:

Conseguir la solidaridad dentro del grupo profesional y del grupo de actuales o potenciales pacientes para amenazar con generalizar la protesta. Así, tras el desalojo de los psiquiatras de las Clínicas, el representante del Colegio de Médicos convoca a la mesa de hospitales. Ambos consideran que los requerimientos de los desalojados deben de ser valorados por un tribunal deontológico⁵²⁰. Al día siguiente el Colegio se sitúa al lado de los recluidos con la “*seria advertencia*” del malestar médico en los hospitales, advirtiendo de la “*posibilidad de acciones radicales y de gravedad imprevisible*”⁵²¹.

Considerar la asistencia sanitaria no como privilegio sino como “*derecho instrumental*

519 Informaciones. Doctor García Miranda (presidente del Colegio de Médicos): Es necesario un ministerio de sanidad que organice y coordine toda la protesta. El colegio oficial de médicos con los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971; p 7 La Vanguardia. Ultimátum del PD de Madrid a los psiquiatras. 4 de septiembre de 1971. p 8.

520 Diario Madrid. Primeros intentos de diálogo tras la reunión prohibida. 31 de agosto de 1971; p 5.

521 ABC, 1 de septiembre de 1971. Op. Cit p 31.

*gracias al cual y sirviéndose de él, el hombre puede hacer efectivo su derecho natural a la vida”*⁵²².

La precariedad de los médicos y de la asistencia es una enfermedad colectiva de la que ellos mismos se consideran solución consolidando de cara a la opinión pública y frente a la Diputación su posición de expertos en salud.

Así se razonaba el conflicto con la administración en el comunicado del Gran Hospital de la Beneficencia tras la segunda reclusión:

*“La solución no puede arbitrarse en la línea hasta ahora mantenida por esa Excelentísima Diputación, ya que las decisiones administrativas no deben entrar en contradicción con los postulados científicos asistenciales”*⁵²³.

Finalmente, los médicos del segundo encierro reciben una comisión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). La nota posterior que se envía a prensa *“entiende que en el futuro, antes de planificar nuevos servicios o de realizar cambios estructurales de importancia en los ya existentes, debe contarse con el asesoramiento de esta Asociación y en general, de las Sociedades científicas e Instituciones oficiales de carácter psiquiátrico”*⁵²⁴.

En el mismo comunicado recuerda que, después de Oviedo, la movilización de la calle Ibiza *“es la consecuencia de la carencia de una normativa general y adecuada que enfrente realísticamente y a nivel nacional las necesidades que una asistencia psiquiátrica al día requiere”*

Los comunicados de apoyo de la Liga Española de Higiene Mental⁵²⁵ y de la Sociedad Española de Psiquiatría, que remiten a la Diputación y al PANAP, llegan cuatro días después del de la AEN con el que comparten su preocupación por la integración y la precariedad de la asistencia: *“muchos de nuestros males, conflictos y desajuste administrativo*

522 Informaciones (suplemento de la ciencia y de la técnica). 23 de junio de 1971, Op. Cit. p 3.

523 Diario Madrid. Los del gran Hospital toman postura. 3 de septiembre de 1971; p 5.

524 ABC. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria provincial se ratifican en los términos de la carta dirigida el pasado día 3 al PD. 5 de septiembre de 1971; p 47. La comisión se compone del «presidente de la Asociación, doctor Don Luis Valenciano, director del Hospital Psiquiátrico de Murcia; el profesor Rey Ardiz, catedrático de Psiquiatría de Zaragoza, y los doctores Várela de Seijas y Gutiérrez Gómez»

La información se resume en Ya: La diputación dispuesta a no reducir las clínicas de la calle Ibiza. 5 de septiembre de 1971, p 17 y La vanguardia: Definitivamente no hay avenencia entre el PD y los psiquiatras, p 8

525 ABC. Escrito de la Liga Española de Higiene Mental. 9 de septiembre de 1971; p 43.

se solucionarían mediante un Ministerio bien orientado que evitara tanta anarquía”⁵²⁶.

VIII. 4. 1. 3. La Diputación.

Nos interesa la respuesta de la Diputación⁵²⁷ porque entendemos que favoreció la expansión del conflicto y radicalizó la protesta. Nos detendremos brevemente en los desacuerdos que suscitó con sus efectos sobre el discurso y los apoyos a la movilización.

El jueves 26 de agosto, un día después del encierro, se unen otros tres psiquiatras adscritos a las Clínicas de Ibiza que estaban de vacaciones. A partir de ese momento la Diputación de Madrid se hace cargo directamente de la comunicación pública del conflicto. Su oficina de prensa y relaciones exteriores envía a prensa nacional un comunicado en respuesta al encierro de los médicos:

*“No es un conflicto típicamente laboral ni un problema de asistencia a los enfermos mentales agudos que quedan totalmente atendidos (...) sino de una actitud de resistencia e indisciplina frente a unas disposiciones reglamentariamente proyectadas”*⁵²⁸.

El mismo día que la Diputación redacta su nota los médicos elaboran y envían a agencias su respuesta pública. La legislación franquista atribuía a la huelga contra el estado una función política. Esa función implicaba su clasificación como delito penal o de orden público. En el caso de las Clínicas de la calle Ibiza la amenaza del gobierno local en prensa es utilizar dicho procedimiento. Los psiquiatras responden clasificando el encierro como una movilización asistencial. Frente al autoritarismo de la Diputación, les basta en su respuesta con una nota breve en la que se insiste en el déficit de camas. Para sus razones terapéuticas hacen uso de nuevo del tercer informe de la OMS, institución referente el PANAP, pero también de Oviedo con la que los

526 Diario Madrid: La sociedad española de psiquiatría no mediará. 8 de septiembre de 1971; p 5.

527 El presidente de la Diputación es en ese momento el médico Carlos González Bueno, hermano de Pedro González Bueno, ministro de Organización y Acción Sindical en el gobierno del 38. Ambos fueron falangistas y responsables de varios cargos institucionales relacionados con la medicina y la cartera de trabajo respectivamente. En prensa no se observan fricciones que indicaran que los conflictos entre los falangistas y la rama católica del régimen, que controlaba Gobernación y por tanto la Dirección General de Sanidad, influyeran en el desenlace del conflicto. En el diario de la sesión del pleno de la Corporación del 31 de agosto, que ya hemos citado, se reitera la misma cohesión que comunica la prensa..

528 ABC. La distribución de las camas para enfermos mentales agudos en centros hospitalarios de primer orden fue objeto de detenido estudio. 27 de agosto de 1971; p 35.

Además el día 27 se resume la nota de la Diputación en Arriba -Continúan encerrados los psiquiatras- Informaciones -Réplica de los médicos psiquiatras a la Diputación provincial- y Nuevo diario -Continua el encierro de los médicos psiquiatras-

médicos responden subrayando su posición de expertos.

Como al día siguiente, el viernes 27, hay ya en las Clínicas de Ibiza cincuenta y cinco personas en reclusión voluntaria, un tercio de la plantilla de la división psiquiátrica, la Diputación tantea la salida laboral y se comunica a través del Jurado de Empresa. A cambio les exige deponer de forma inmediata la protesta que insiste puede llegar a encuadrar como sedición⁵²⁹.

No obstante, mantiene abierta la negociación a través del Jurado porque, dado el apoyo a la movilización, intenta rebajar el tono autoritario de su postura inicial. Si leemos las actas del pleno de la Diputación en las que su presidente daba cuenta del percance, escuchamos como trata de evitar delante de los miembros de la Corporación una imagen excesivamente rígida:

*“No soy un presidente de tipo dictatorial aunque en este caso me está permitido serlo, pero quiero siempre tener la colaboración y el asenso de ustedes, como lo tengo en el trabajo y en el desvelo de las misiones que cada uno tenemos encomendadas”*⁵³⁰.

Los encerrados responden ya desde el día 28 que se ha *“tratado de convertir un grave problema de sanidad pública en un simple conflicto laboral”*⁵³¹. No admiten siquiera que la Diputación califique la movilización de conflicto laboral. El interlocutor no puede ser por tanto el Jurado de Empresa pues este no tiene nada que hacer si hay problema de asistencia.

*“Si entendemos por imposición de un criterio personal el unánime deseo del personal médico y auxiliar de proporcionar una mejor asistencia médica a los enfermos, estamos de acuerdo con la Diputación”, dicen los médicos psiquiatras*⁵³².

Después del desalojo del día 28, solo la hoja del lunes reduce con la Diputación el conflicto a un problema laboral o de indisciplina⁵³³. Pero también el presidente consigue en el pleno un apoyo

529 Formaron parte de dicha reunión: Adriano Espina, presidente titular; tres vocales suplentes (doctores Antonio García Llanes y Enrique Rivas Padilla y el administrativo Virgilio Muñoz Sanz) y los vocales titulares; administrativo Antonio López Merino; especialistas: Pedro Pérez Díaz y José Elvira García, y no cualificados: Ramón Bullido Pomata, David López Nuero y Antonio Gómez Alexandre. Rivas Padilla representaba a Ibiza y difundió el acta de la reunión.

Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial.1971; p 5.

530 Doctor González Bueno, presidente de la Diputación de Madrid. Diario de la sesión plenaria del 31 de agosto de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Archivo histórico de Madrid; p 6

531 Informaciones. Los médicos psiquiatras puntualizan: nuestra actitud no es un problema laboral; 28 de agosto de 1971; contraportada.

532 Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial.1971; p 5.

533 ABC, 1 de septiembre de 1971. Op. Cit. p 30.

sin fisuras ⁵³⁴.

Hasta el final del segundo encierro, a mediados de septiembre de 1971, la Corporación tratará además de deshacerse de los médicos con un expediente disciplinario cuya apertura es potestad de este mismo Presidente⁵³⁵. Cuando la policía llegue a Clínicas de Ibiza para desalojar por primera y única vez a los médicos, entrará amparándose en la indisciplina de los facultativos y en la competencia de este mismo Presidente para separar al personal sometido a la legislación del trabajo:

*“Que quede bien claro, por lo tanto, ante ustedes que no es por hacernos unas sugerencias que pueden ser respetables, frente a otros criterios de la misma respetabilidad, sino porque se pretende, mediante una acción disciplinaria con respecto a la Corporación Provincial, hacer que esos criterios lleven una marcha de tipo coactivo que esta presidencia, en atención a sus atribuciones y a las de la Diputación Provincial y de los miembros que la componen, no puede tolerar en modo alguno. Y quiero significar que esta presidencia ha tenido la paciencia, ante este acto de indisciplina de aguantar durante cuatro días enteros (...)”*⁵³⁶

En la movilización de las Clínicas de Ibiza, la Diputación va a ser incapaz de hacer frente al argumento asistencial de los psiquiatras. Si la Diputación alaba la planificación de una asistencia en torno al Alonso Vega, “dotado de mil doscientas camas con los elementos de diagnóstico y tratamiento exigidos por las técnicas más modernas”⁵³⁷, los psiquiatras contravienen la afirmación con el 5º informe de la OMS.

Si responde aludiendo a los mismos documentos técnicos, no reseña una sola medida o un solo informe. Cuando sostiene el asesoramiento anterior a la orden ejecutoria de traslado de camas, su fuente -responden los psiquiatras- es su doble, el jefe ausente de la división psiquiátrica.

Cuando más técnicos son los psiquiatras, más autoritaria, en tanto incompetente, parece la

Urgente regreso de los médicos a sus puestos de trabajo. Mesa de Hospitales. 1971.

La Vanguardia. Primer intento fallido de dialogo con los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria provincial. Madrid: el conflicto del psiquiátrico. 1 de septiembre de 1971; p 5.

534 Hoja del Lunes. Retablillo Urbano. 30 de septiembre de 1971; p 18.

Sesión plenaria del 31 de agosto de 1971. Madrid: Doctor González Bueno, presidente de la Diputación de Madrid. 1971. Disponible en: Archivo histórico de Madrid; p 6.

535 Artículo 268; g y h. Ley de 17 de julio de 1945 de Bases de Régimen Local. Boletín Oficial del Estado núm. 199. 18/07/1945.

Arriba. En presencia de la fuerza pública los psiquiatras de Madrid abandonaron la reclusión. 29 de agosto de 1971.

536 Íbidem p 2.

537 ABC. La distribución de las camas para enfermos mentales agudos en centros hospitalarios de primer orden fue objeto de detenido estudio. 27 de agosto de 1971; p 35.

Diputación. Cuando más altruistas, jóvenes y heroicos aparecen los médicos en la redacción de la prensa, más exiguo parece el presupuesto de la Ciudad Sanitaria. Se refuerzan las dos direcciones hacia las que argumentan su protesta: la presentación cuantificada y técnica de la asistencia comunitaria y la función social de la medicina lo que implica la socialización de la asistencia y un Ministerio de Sanidad. A la vez, dada la acusación de indisciplina, se esfuerzan en mantener tanto los cauces administrativos -las reuniones con el órgano de gestión y sus representantes- como los legales -presentación de denuncia por denegación de asistencia tras el desalojo-. Mientras la Diputación insiste en que reconozcan su indisciplina, los médicos se definen como tales desde los modelos médicos de enfermedad -enfermedad mental, tratamiento y cura - suman intereses corporativos, se transforman en los medios de comunicación en un símbolo de resistencia y amplifican la protesta a expensas de la sordera de la Diputación ⁵³⁸.

VIII. 4. 2. Artículos de opinión en prensa nacional durante el encierro en las Clínicas de Ibiza

Junto con los artículos que se redactan desde los comunicados de prensa, parte de los diarios consultados publican columnas firmadas de opinión. Desde ellos se intenta entender mejor las razones de los médicos o apoyar a la diputación. La pregunta de estos artículos gira en torno a la forma de la movilización médica, los límites de la atención sanitaria y las alternativas asistenciales. Vamos a detenernos en las opiniones que la prensa elabora desde los comunicados de los psiquiatras.

Los artículos de opinión contraponen a la información de agencia la línea editorial del periódico. Tal y como cabía esperar, la reclusión voluntaria de los psiquiatras de la calle Ibiza resulta de un arribismo incomprensible para la prensa más cercana al régimen. Es el caso de la Hoja del

538 El Alcázar. Sección Nacional: Hoy reunión de psiquiatras. 31 de agosto de 1971.

El correo catalán. Los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria han presentado denuncia al juzgado de guardia. 1971.

Informaciones: Solidaridad con los psiquiatras despedidos: El problema médico. 31 de agosto de 1971; p 5.

Diario Madrid. Primeros intentos de diálogo tras la reunión prohibida. 31 de agosto de 1971; p 5.

Noticias Médicas. Fueron despedidos y desalojados los médicos psiquiatras. 31 de agosto de 1971, 198, portada.

Pueblo: La asistencia no está actualizada. 31 de agosto de 1971; p 7.

Pueblo: ¿Por qué no decirlo? Médicos en huelga. 30 de agosto de 1971; p 3.

La Vanguardia, 31 de agosto de 1971. Op. Cit. p 7.

Lunes:

“Como en otro orden de las cosas habría que inducir a los llamados intelectuales a no equipararse por actitud y procedimientos a esos inadaptados que inventaron un día la broma de los encierros como medio de obtener, sabe Dios qué, beneficios y reivindicaciones, y que no es sino un abierto desacato a lo legalmente establecido. Hasta hace poco tiempo los problemas sociales, laborales, etc, se planteaban y resolvían entre señores, en los despachos de trabajo y no haciendo el juego a los arribistas y, en fin, a los enemigos del orden”⁵³⁹.

Sin embargo, la mayor parte de la prensa apoyó los argumentos de los médicos de Ibiza o al menos los transcribieron casi literalmente. Incluso en los periódicos que pertenecen a la cadena de prensa del movimiento como Arriba la protesta se redactó con el tono de la noticia de agencia, sin entrar en detalles o en opiniones. Como hubiera pasado con cualquier otro conflicto, sí se puso entre paréntesis la legitimidad del encierro. La actividad sanitaria de los participantes disculpó el activismo de los médicos, que se calificó como mucho de extravagante

“Se trata de una forma no habitual o no ortodoxa de llamar la atención del público sobre un problema de las instituciones sanitarias de Madrid. Pero parece estar claro que no ha habido en ningún momento abandono de los enfermos”⁵⁴⁰.

“En todo caso, los médicos no han hecho su huelga -curiosa huelga en la que han seguido trabajando -por motivos económicos, sino profesionales. En esto, por lo menos, además de honradez, han demostrado originalidad”⁵⁴¹.

“No se trata de una rebelión (...) sino de una protesta de forma atípica, pero con un fondo que merece ser estudiado”⁵⁴².

“No puede hablarse de una guerra santa pero sí de una batalla profesional. Y no por los médicos, sino por los enfermos (...)”⁵⁴³

Se destacan las razones institucionales que facilitan la extensión de la protesta: la negativa de la Seguridad Social a costear los ingresos psiquiátricos es señal de la descoordinación y de las diferencias entre los distintos sistemas sanitarios. Se proporcionan datos:

“Por el concierto entre la Seguridad Social y el Francisco Franco, la primera cotiza por enfermo ingresado 1.200 pesetas diarias. En el caso de enfermedades mentales, como la

539 Hoja del Lunes. Retablillo Urbano- 30 de septiembre de 1971; p 18.

540 Ya (Apostua L). Operación retorno. 2 de septiembre de 1971; p 14.

541 La vanguardia. El conflicto psiquiátrico resuelto. 14 de septiembre de 1971; p 8.

542 Ya. La Jornada española. Punto muerto en las conversaciones psiquiátras. 14 de septiembre de 1971; p 14.

543 La Vanguardia (Angulo P). Un problema psiquiátrico. 14 de septiembre de 1971; p 8.

*Seguridad Social no abona estas atenciones, nadie abona esa cantidad(...)*⁵⁴⁴.

*“La comprobación de que la medicina española no cuenta con los medios que necesita y merece y, en fin, el hecho incontrovertible de que nuestra sanidad oficial depende de demasiados organismos dispersos”*⁵⁴⁵.

Como los ingresos que proceden de las camas psiquiátricas, financiadas por las mutualidades o por la diputación, son inferiores a los obtenidos por el resto de camas, el problema de la asistencia tiene que ver con esta burocracia descoordinada que solo busca mantener una atención a bajo coste:

*“Otro dato: al ingresar cada enfermo mental agudo -y no entendamos por agudo el agitado, sino el curable a corto plazo- debe hacer un depósito de 2.000 pesetas. En caso negativo (la mayoría de las veces) la Administración del centro cree oportuno decir que los citados enfermos no pueden “recibir visitas”, por lo que prácticamente quedan incomunicados”*⁵⁴⁶.

Se señalan además los intereses personales que sostienen este sistema de redes paralelas. El jefe de la división psiquiátrica, garantía del consenso que la Diputación esgrime, es entre tantos cargos, un jefe ausente. Pueblo publica una breve entrevista que se acompaña de una fotografía a media página de Juan José López Ibor y su esposa tras su vuelta de vacaciones. El pie de la imagen dice *no conozco a fondo el conflicto de las clínicas psiquiátricas*⁵⁴⁷. El diario *Madrid* informa del dominio que López Ibor y familia ejercen sobre la formación y la asistencia en la psiquiatría madrileña⁵⁴⁸.

*“¿Qué ocurre para que en la década de los 70 el citado jefe de División haya ‘dejado de la mano’ la asistencia social (...)? Tal vez haya sido por el exceso de trabajo: conferencias, congresos internacionales, asistencia privada, atención de dos cátedras de Madrid, investigación, estudio”*⁵⁴⁹

Los redactores de las empresas periodísticas privadas sostienen el argumento asistencial de los médicos. En el fondo del encierro hay una asistencia decimonónica que se trata como un problema de conjunto.

544 Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971; p 5.

545 La vanguardia. Lecciones de una crisis. 17 de septiembre de 1971; portada.

546 Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971; p 5.

547 Pueblo. Se acabaron sus vacaciones y regresa a Madrid. “Voy a estudiar el problema”, López-Ibor. 6 de septiembre de 1971.

548 Diario Madrid. Mires Oviedo y nepotismo en las cátedras de medicina madrileñas. 28 de agosto de 1971.

549 Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971; p 5.

*“Estamos llegando a la fácil conclusión de que la asistencia psiquiátrica constituye en la actualidad un grave problema en España. que hasta la fecha, y en términos generales está siendo afrontado con criterios todavía decimonónicos”*⁵⁵⁰.

Frente a este modelo de atención en el que “solo los ricos pueden someterse a tratamiento ambulatorio” los médicos ya no pueden encuadrarse “como alienistas que debían de ocuparse en marginar a los individuos que perturbaban a los demás, eso ya está cambiando afortunadamente”⁵⁵¹. Se trata de divulgar otro modelo de locura y otro modelo de asistencia en el que cobra relevancia el trauma o la causalidad social y por lo tanto el tratamiento dentro de una comunidad terapéutica. El enfermo mental se cura, su problema, que se interioriza, es un problema de relación. Su causa última está en su entorno. El esquema mantiene relación con el discurso reformista de la OMS. Como en los informes relacionan malestar e industrialización:

*“La psiquiatría es una de las especialidades médicas que más ha avanzado en los últimos decenios (...). Ha sufrido el impacto de tres revoluciones: la primera a finales del siglo XVIII fue la liberación del enfermo mental iniciada por Pinel como resultado del impacto de la revolución francesa. La segunda fue la psicologización de la psiquiatría que desarrolló Freud en los inicios de nuestro siglo. Y la última y muy importante es la iniciada por Foucault que estudia al enfermo mental dentro de la moderna dinámica del grupo humano y calibra las posibilidades de recuperación e integración del enfermo psíquico (...). Resulta inevitable considerar como situaciones traumatizantes las migraciones, los éxodos del campo a la ciudad, la automatización industrial, la energía atómica y el temor a una explosión nuclear, la guerra del futuro y la inseguridad económica, a las que se suman todas aquellas de índole emocional privativas de cada tipo de enfermo”*⁵⁵².

*“A este respecto, si coincidimos en que el principal objetivo de la llamada psiquiatría social es procurar a los enfermos (...) con la sociedad relaciones conducentes a su adaptación social, es evidente que el estado en que se halla la asistencia sanitaria perpetúa el segregamiento y aún la regresión de estos enfermos (...). Recientes y cada vez más numerosos estudios confirman que el proceso de industrialización lleva consigo un aumento creciente de enfermos mentales”*⁵⁵³

“Enseguida la locura (...)recluida al silencio del absolutismo por razón de estado y excluida por la simple y despótica razón, se entregaría al monopolio de los psiquiatras, quienes quemaron todas las etapas en su vademécum, dividiéndose en sectas (...)antes de que sugiera la popularidad creciente de la antipsiquiatría. De este modo no nos puede extrañar que los locos estén a punto de aparecer sueltos y que los médicos

550 Pueblo: La asistencia no está actualizada. 31 de agosto de 1971; p 7.

551 Tele/eXprés. *Un psiquiatra del seguro tiene que visitar más de veinte enfermos por hora* afirma el doctor Josep clusa Matinero. 7 de septiembre de 1971.

552 Tele-eXprés. *Mirador, la salud mental*. 2 de septiembre de 1971.

553 La vanguardia,. *La ciudad día a día: una situación penosa*. 11 de septiembre de 1971 ; p 19.

psiquiatras tengan que recluirse”⁵⁵⁴.

Ahora bien, estas situaciones traumatizantes acaban en enfermedad mental y quien se hace cargo de ella es la psiquiatría, una especialidad médica que con los medios adecuados es capaz de curar. Hay acuerdo en cuanto a *“que uno de los problemas fundamentales es la falta de camas y médicos”*⁵⁵⁵. Se diferencia el tratamiento para casos agudos: *“Lo deseable para tratar a muchos enfermos psiquiátricos sería que se pudiesen establecer cortos periodos de internamiento, pero que se pudiesen repetir muy a menudo”*⁵⁵⁶. No obstante, se necesitan ambulatorios.

Esta necesidad no queda clara para la psiquiatría más conservadora. Con la Diputación entiende la necesidad de una reforma, pero no se trata de pagar ni de restablecer de un modo absoluto, sino de clasificar en función de la rentabilidad del cuidado aplicado:

*“Prontamente se llegó a la conclusión de que la clínica psiquiátrica de agudos no funcionaba en realidad como tal, sino que en ellas se albergaban gran número de enfermos crónicos, acaso por una falta de coordinación en los servicios psiquiátricos (...). Por fortuna, nosotros nos encontrábamos en una situación inmejorable, al disponer de ambos centros, para establecer esta coordinación y centrar en cada punto lo que le corresponde”*⁵⁵⁷.

Los propios psiquiatras completan en breve entrevista en el Alcázar otras razones para la crisis. La precariedad vuelve a ser el argumento principal: *“También es grave el escaso número de psiquiatras que hay en España, su escaso nivel científico y la escasez de puestos de trabajo”*⁵⁵⁸. Hay quien niega el carácter asistencial del conflicto y lo encuadra como una movilización profesional: *“Tengo que añadir que el conflicto psiquiátrico de estos días no es más que un caso concreto de los conflictos profesionales que se dan en muy diversos campos”*⁵⁵⁹.

La confluencia del caso concreto de los psiquiatras con los males de sus colegas profesionales

554 Arriba. (Aparicio J). La locura suelta. 14 de septiembre de 1971.

555 Diario Madrid. “Es intolerable que la seguridad social no cubra la asistencia psiquiátrica.” Declaraciones del Dr Enrique Muñoz al Diario de Navarra. 11 de septiembre de 1971; p 4.

556 Tele/eXprés, 7 de septiembre de 1971. Op. Cit.

557 ABC. El director médico de la Ciudad Sanitaria expone los motivos de la reestructuración operada en sus servicios. 12 de septiembre de 1971; p 43.

558 El Alcázar (Casado M). ¿Dónde está el mal de la psiquiatría española? Los psiquiatras opinan: González Duro. 11 de septiembre de 1971; p 8.

559 El Alcázar. ¿Dónde está el mal de la psiquiatría española? Los psiquiatras opinan: Caparrós Sánchez. 11 de septiembre de 1971; p.8.

la facilita la prensa con la publicación durante el conflicto de una serie de noticias que destacan la precariedad de la asistencia institucional⁵⁶⁰.

VIII. 4. 3. La movilización de las Clínicas de Ibiza en prensa semanal

Sábado Gráfico, un semanario de actualidad, realizó un seguimiento de la movilización durante la primera quincena septiembre⁵⁶¹. Poca información añade a la difundida por la prensa diaria. Resaltamos una serie de testimonios del núcleo oficial de la psiquiatría -catedráticos como López Ibor y Sarró o del secretario del PANAP, Serigó Segarra- a favor de una medicina comunitaria y una apertura de puertas. Hemos de decir que corresponden a citas descontextualizadas. Junto con ellos, el respaldo científico vuelve a darlo la Organización Mundial de la Salud, citada también durante la entrevista realizada al director del Colegio de Madrid, posicionado, como ya mostró la prensa diaria, con los médicos.

Sábado Gráfico volvería a las clínicas en diciembre del 71 para contar los logros de la movilización. Divulgan un resumen del proyecto de reforma de la asistencia a los enfermos mentales de la que debe hacerse cargo en su opinión la Seguridad Social, que tiene un presupuesto mayor que la Diputación. A la peligrosidad y a la violencia de los trastornados oponen su derecho a la asistencia. Al nihilismo terapéutico, la posibilidad de cura, *“hoy en día se debiera hacer psiquiatría de sector, a nivel de casco urbano de Madrid, con consultas ambulatorias a nivel de zona, para tratar a la mayoría de los pacientes sin desencajarlos de su medio; sin apartarlos en un remoto y aislado edificio, donde el mismo contagio emocional puede y suele dañarlos”*⁵⁶². El plan de los médicos se ciñe al 5º informe de la OMS e incluye consultas ambulatorias, psicoterapia de grupo y

560 Diario Madrid. Nuestros hospitales son deficitarios en unidades-cama y dotaciones. 26 de agosto de 1971; p 5. La Vanguardia. Málaga necesita mejores instalaciones sanitarias, 26 de agosto de 1971; p.7.

Diario Madrid. Solicitan elevación del nivel asistencial en los hospitales. 28 de agosto de 1971; p 5.

Informaciones. Siete diputaciones piden al gobierno que eleve el nivel sanitario de los hospitales. 28 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Desesperanzador futuro para el instituto mental de santa cruz. 18 de septiembre de 1971; p 24.

561 Arnoriaga TM. Deplorable asistencia psiquiátrica. *Sábado Gráfico*. 4 de septiembre de 1971;744:5-1. Arnoriaga TM. Continúa el conflicto de las Clínicas de Ibiza. *Sábado Gráfico*.11 de septiembre de 1971;745:6-9.

562 *Ibid.*, p 7.

hospital de día.

La información de estos reportajes enlaza con otros varios que a lo largo de 1971 llegan a constituir una serie redactada principalmente por el periodista Martín Arñoriaga⁵⁶³. Con este conjunto de crónicas, la revista trató de dar cuenta de las dificultades profesionales y estructurales de la asistencia y del desamparo de los enfermos mentales. A diferencia de otras revistas del periodo como *El viejo Topo* o *Ajoblanco*, la información elaborada por *Sábado Gráfico* se basó en testimonios, entrevistas y visitas a los hospitales mentales. Alternando la dramatización con la información y el testimonio, Arñoriaga inclinó la sensibilidad del lector hacia los problemas de una medicina enferma y su síntoma más evidente, la desasistencia a los enfermos mentales⁵⁶⁴.

La revista *Triunfo*, otro semanario del periodo, no informó sobre la crisis en las Clínicas de Ibiza ya que la publicación se suspendió del 3 julio al 6 noviembre. Es de esperar, por la cobertura de otras movilizaciones médicas que, de no haber sido sancionada, el semanal de cultura y actualidad hubiera contado el conflicto de la calle Ibiza⁵⁶⁵. Como *Sábado Gráfico*, *Triunfo*⁵⁶⁶ divulgó a principios de década la precariedad asistencial del trastorno mental, en crónicas que articularon datos e historias. Sin ser el objetivo de este trabajo, queremos mencionar la intensa cobertura que la revista realizó en

563 Barricart A. Barcelona: crisis médica: Situación catastrófica en el hospital Clínico. *Sábado Gráfico*. 20 de marzo de 1971;720:18-19.

Arñoriaga TM. Barcelona: crisis médica: alarmante déficit sanitario. *Sábado Gráfico*. 20 de marzo de 1971;720:38-39.

Arñoriaga TM. La medicina española enferma. *Sábado Gráfico*. 22 de mayo de 1971;729:17-18.

Arñoriaga M. La huelga blanca. *Sábado Gráfico*. 29 de mayo de 1971;730: 1-13.

Arñoriaga TM. En un valle de Burgos: Se alquilan locos baratos. *Sábado Gráfico*. 7 de agosto de 1971;740:1-14

Arñoriaga TM. Nueva visita al manicomio de Oña. *Sábado Gráfico*. 23 de noviembre de 1971;751: 18-19.

564 En la misma línea editorial, *Tribuna Médica* dedicó a lo largo de 1971 una serie de reportajes a la asistencia psiquiátrica en España. Su redactor los reunió y publicó en 1972 en un libro, "*Mi viaje alrededor de la locura*". En capítulos tan sugerentes como Pastilloterapia, Nixon en Cuenca, Condenados de por vida, El patio de las endemoniadas o Visiones de zoo; el escritor va desgranando a base de descripción y testimonios la precariedad asistencial de los manicomios españoles y el descontento de los médicos que los atienden. En tanto contenido de una revista profesional no lo incluimos en esta revisión. Lera A. *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona: Planeta; 1972.

565 Díaz-Plaja G. El mayo asturiano. *Triunfo*. 22 de mayo de 1971;468:10-11

Equipo Zeta. Los MIR el conflicto y significado *Triunfo*. 28 de junio de 1971;665:12-13.

566 Díaz-Plaja G. La asistencia psiquiátrica en España I. *Triunfo*. 13 de febrero de 1971;454:11-15

Díaz-Plaja G. La asistencia psiquiátrica en España II. *Triunfo*. 20 de febrero de 1971;455:34-37.

Díaz-Plaja G. Los nuevos médicos I. *Triunfo*. 26 de junio de 1971;473:18-23.

Díaz-Plaja G. Los nuevos médicos II. *Triunfo*. 3 de julio de 1971;474:19-26.

los años posteriores con relación a las alternativas psiquiátricas.

VIII. 5. LOS LÍMITES DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO.

El experto como resultado de la censura en prensa, la prohibición de la huelga y las estrategias profesionales.

En prensa, el encierro de la calle Ibiza, fue un conflicto asistencial de bajo perfil en el que las condiciones de trabajo de los encerrados remitieron, tal y como propusieron los médicos, a la atención sanitaria. La Diputación vulnera el derecho a la asistencia que debe de garantizar. Las reivindicaciones profesionales -prohibidas por el régimen- y la planificación democrática de la asistencia se desplazan hacia la transgresión de la Diputación. Esta triple crítica -precariedad sanitaria, ausencia de negociación laboral colectiva y la participación en la gestión institucional como elemento terapéutico- se realiza desde un discurso muy técnico cuyas referencias remiten a las autoridades institucionales internacionales como la OMS.

Revisaremos los límites de la estructura política del Régimen que facilitan esta reformulación narrativa en torno al derecho a la salud, censura en prensa y prohibición de la huelga, reformulación que consigue el interés de quienes están rompiendo con la cadena de socialización del régimen, pero que, sobre la oposición autoritario/antiautoritario también elude continuidades.

Revisaremos además los efectos en la movilización de los psiquiatras de su segunda alianza, la que establecen con su grupo profesional. Pensamos que en esta interacción influyen tanto las aspiraciones profesionales del gremio como la limitación de los derechos laborales, puente entre este vínculo y el que se sostuvo con los medios de comunicación.

VIII. 5. 1. La censura de la prensa escrita en el tardofranquismo. ***La resistencia de los psiquiatras. La empatía con los pacientes.***

El soporte de divulgación de la protesta, la prensa diaria española de alcance nacional, contaba, en 1971 con diferentes límites externos e internos que condicionaban la elección y la redacción de sus contenidos.

Entre los externos, encontramos el sistema de vigilancia estatal y los intereses de los propietarios o accionistas de la editora. Entre los internos, el relato que la prensa divulga sobre las Clínicas de Ibiza depende de los contenidos y de la estructura que permite las características propias del medio de comunicación. Hay límites de corte general que se deben al carácter escrito del medio, el público masivo y ausente al que se dirige y al soporte material del medio -el precio del papel, plantilla de redactores, coste de las agencias de noticias y el ritmo de trabajo propio de una publicación diaria-. Los límites internos de corte local dependen del ánimo de lucro, del componente propagandístico de la publicación y de su público objetivo. Límites externos e internos se cruzan continuamente e influyen en la elección de contenidos y en su elaboración haciendo imposible hablar de objetividad informativa⁵⁶⁷. Vamos a detenernos de manera breve en el marco que condicionaba a principios de los 70 la publicación de una noticia en prensa.

Los medios de comunicación configuraron el único foro público permitido por la dictadura. Durante la posguerra española, el nuevo régimen, consciente de la capacidad propagandística de los medios de comunicación, ejerció un férreo control sobre los contenidos publicados en prensa. Por un lado, aprovechó el material incautado por Falange Española, las JONS y Comunión Tradicionalista durante la contienda para organizar lo que se llamó cadena de prensa del movimiento y por el otro, promulgó un conjunto de leyes que extendieron la censura a los medios de financiación privada que habían evitado la nacionalización.

El referente institucional para todas las publicaciones es, en 1970, la Dirección General de Prensa que depende del Ministerio de Información y Turismo desde el año 1951. Desde sus servicios centrales, controla y censura todas las publicaciones periódicas, envía consignas, entrefiletos y artículos de opinión a la prensa del Movimiento, revisa la información sobre el país en prensa

567 El peso y la relación entre los límites de los medios de comunicación es diferente para los distintos autores. La presión del contexto socioeconómico es determinante para Guy Debord en su divulgadísima *Sociedad del espectáculo*. Roger Chartier da mayor importancia a la imagen con que medio y editorial representan al público ausente y al soporte material de dicho medio de comunicación. Chartier R., *Entre poder y placer: cultura escrita y literatura en la Edad Moderna*. Madrid : Cátedra; 2000.

nacional y extranjera y controla, a través de la agencia EFE y su filial nacional Cifra⁵⁶⁸, la información que se envía al exterior y la que se difunde en el interior del país. Además de las publicaciones de la Dirección Nacional de Prensa, el régimen financia a través de la Delegación Nacional de Sindicatos, con una fuerte presencia de Comisiones Obreras⁵⁶⁹ la publicación del diario Pueblo y la agencia de noticias S.I.S⁵⁷⁰.

Desde la llegada de los tecnócratas al gobierno en el año 1957, la rentabilidad económica de las publicaciones estatales se considera un indicador de la circulación de ejemplares y queda por tanto vinculada a su función propagandística. Desaparecen los cupos fijos de publicidad y se inicia una modernización de la gestión que no impide que a partir de la década de los 70, tras suspenderse además las subvenciones estatales directas, la prensa estatal sea deficitaria⁵⁷¹.

El 19 de marzo de 1966, el régimen publica su segunda ley de prensa⁵⁷². Sustituye a la ley Suñer del año 1938 y en su preámbulo reconoce un cambio en la *“vida nacional”* y *“la importancia, cada vez mayor, que los medios informativos poseen en relación con la formación de la opinión pública”*⁵⁷³. El cambio de legislación, que impulsa el ministro de Información y Turismo, Fraga Iribarne, reconoce la libre designación del director de las publicaciones de empresas periodísticas privadas y autoriza el registro de grupos editoriales independientes del estado. La ley intercambia la

568 Efe es una sociedad anónima de la que el Estado es el accionista mayoritario, estructura que le permite facilitar la información previamente censurada a costes reducidos. PYRESA funciona como agencia de prensa de la Secretaría General del Movimiento. Europa Press está controlada por el Opus Dei y Logos pertenece a la Editorial Católica, Edica.

569 Ribas J, Op. Cit.

570 La publicación diaria Pueblo perteneció a la cadena de prensa del movimiento hasta 1948, año en el que pasa a ser propiedad de la Delegación Nacional de Sindicatos. Esta delegación posee también la agencia SIS y PYRESA que distribuía noticias a la cadena de prensa del Régimen, además de hacerse cargo de los comunicados oficiales (más adelante, PYRESA quedará adscrita a la Secretaría General del Movimiento).

Zalbidea Bengoa B. La prensa del movimiento en España: 1936-1983 [tesis]. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; 1996.

Naseiro Ramudo A. El archivo del diario “Pueblo”. Un referente para la historia de la prensa en España durante el franquismo y la transición democrática. Documentación de las Ciencias de la Información, 2013;36:11-29

571 Ídem.

572 Ley 14/1966, de 18 de marzo, de Prensa e Imprenta. Boletín Oficial del Estado núm 67, 19/03/1966. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1966-3501 [Consultado 25 de febrero 2017].

573 «(...)Justifican tal necesidad el profundo y sustancial cambio que ha experimentado, en todos sus aspectos, la vida nacional, como consecuencia de un cuarto de siglo de paz fecunda; las grandes transformaciones de todo tipo que se han ido produciendo en el ámbito internacional; las numerosas innovaciones de carácter técnico surgidas en la difusión impresa del pensamiento; la importancia, cada vez mayor, que los medios informativos poseen en relación con la formación de la opinión pública, y, finalmente, la conveniencia indudable de proporcionar a dicha opinión cauces idóneos a través de los cuales sea posible canalizar debidamente las aspiraciones de todos los grupos sociales, alrededor de los cuales gira la convivencia nacional. Ley 14/1966. Op. Cit. p 3310.

censura previa⁵⁷⁴ por una autocensura que ejerce de manera directa a través del depósito previo de ejemplares, la consulta voluntaria y la posibilidad de sanción⁵⁷⁵. Al hilo de esta nueva ley se consolidan en España grupos empresariales de financiación privada dedicados a la comunicación⁵⁷⁶. Al igual que la prensa del régimen, la prensa privada busca un punto de equilibrio entre el beneficio empresarial⁵⁷⁷ y la difusión de líneas de opinión relacionadas con las distintas “familias” y actitudes políticas que respaldan las distintas publicaciones. Sus ingresos dependen de la circulación de ejemplares, de la publicidad -institucional o comercial- y de la capacidad de endeudamiento de la sociedad empresarial, que el estado tiene la potestad de vigilar. Comparten además con la prensa estatal la obligación de publicar "*noticias de interés general que la Administración y las Entidades públicas consideren necesario divulgar*"⁵⁷⁸.

Tres años más tarde, en el año 1969, se han dado de alta trescientas tres nuevas publicaciones que con las anteriores suman un total de 3120 cabeceras. Un año después se publican en España ciento dieciocho periódicos de información general y entre el 69 y el 71 constan en el registro de empresas periodísticas 3120 empresas. No obstante, el proceso de autorización de empresas, registro previo incluido, contaba con múltiples barreras administrativas que limitaron el número y la concentración de publicaciones y facilitaron la presencia de altos cargos del régimen en las empresas editoras.

En 1969, los periódicos con mayor tirada son el ABC, Ya, Pueblo y La Vanguardia Española que llegan a publicar 200.000 ejemplares. De esta tirada, las cuatro publicaciones diarias distribuyen en 1969 más de 100.000 ejemplares por día, un número elevado si lo comparamos con

574 "*La Administración no podrá aplicar la censura previa ni exigir la consulta obligatoria, salvo en los estados de excepción y de guerra expresamente previstos en las leyes*". Ídem.

575 La consulta voluntaria se dirigía a la Delegación Provincial de Prensa, el depósito se realizaba en la misma institución aunque el ejemplar era reenviado a la fiscalía territorial, encargada de valorar el contenido de la publicación.

Zalbidea Bengoa B. Op. Cit.

Luján Fernández LE. La política informativa tardofranquista el modelo de control de la empresa privada de prensa, (1966-1975) [tesis]; 2014. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/27815/> [consultado 25 de febrero 2017].

576 Artículos 16 (libertad de prensa) y 17 (capital español) de la Ley 14/66. Zalbidea Bengoa B, Op. Cit..

577 La gestión administrativa y económica de la prensa española en la época franquista está todavía pendiente de estudio. Sobre la relación de las familias del régimen con las publicaciones periódicas vease Luján LE. Op. Cit.

578 Artículo 6 de la Ley 14/66. Op. Cit., p 3311.

La agencia encargada de la difusión de estos comunicados era la filial de EFE, Cifra.

el resto⁵⁷⁹. ABC, El Alcázar, Arriba, Informaciones, Madrid, Pueblo y el diario Ya se distribuyen en todo el territorio nacional con diferentes rangos de alcance.

Además del control legal y administrativo impuesto por el régimen, la línea editorial de las distintas cabeceras depende de las entidades que las respaldan. Entre las publicaciones periódicas privadas, ABC y La Vanguardia Española están bajo control de sociedades anónimas de dominio familiar. Los hermanos Luca de Tena García dirigen el ABC y son propietarios de su editora, Prensa Española, mientras Carlos de Godó Valls y sus hijos poseen el 100% de Barcelona Press y Talleres de Imprenta, ésta última editora de La Vanguardia. Componentes de ambas familias ejercieron también de procuradores en Cortes y mantuvieron intereses en varios grupos empresariales. El diario Ya es propiedad de la Editorial Católica (Edica), una de las dos editoras que durante los setenta llegó a formar una cadena privada de prensa. El otro holding periodístico de la época fue el entramado societario SARPE-CINISA, que controló El Alcázar a través de la editora del periódico, DYRSA. La Asociación Católica Nacional de Propagandistas (ACNdP) financia Edica mientras SARPE-CINISA, presidida por Javier Ferrer Bonsoms, vicepresidente del Banco Atlántico, estaba conectada con el Opus Dei. Ambos grupos contaron también con procuradores en cortes dentro de sus órganos de gobierno y mantuvieron conexiones con distintos sectores empresariales. Prensa Castellana edita Informaciones del que Inversoras del Duero, vinculada a los acenepistas, es el principal accionista. El diario Madrid cuenta con su propia editora, Madrid, diario de la noche sociedad anónima, que preside Rafael Calvo Serer, miembro del Opus Dei y accionista principal de FACES, empresa

579 La difusión de la prensa en España es baja debido al déficit de estructura, el analfabetismo y el dirigismo de los contenidos. Geográficamente, Madrid, Cataluña y Baleares son las comunidades que mayor número de cabeceras concentran. Las cuatro cabeceras nombradas acaparan el 29% del mercado español.

La difusión de la prensa del movimiento es baja comparada con la de los periódicos privados, un 11% de la cuota total en 1970. En el 69, solo uno de los diarios de la cadena de prensa, Marca, alcanzaba más de 50.000 ejemplares. Arriba, el más relevante de los periódicos de la cadena, distribuía 5595 ejemplares, el 1% del total de periódicos publicados. La nueva España 48030, si bien constituían el 47% de los vendidos en Oviedo. En proporción, el de mayor difusión local es Nueva España de Huesca (100% de ejemplares), ciudad en la que, al igual que en 15 de las 51 provincias españolas, no había competencia privada. Anuario de la Prensa Española. Madrid: Ministerio de Información y Turismo; 1969. Zalbidea Bengoa B, Op. Cit., Luján LE Op. Cit.

propietaria de la editora que permite al periódico una línea aperturista.⁵⁸⁰

Para todas las empresas periodísticas, la potencial apertura de la nueva ley de prensa quedaba además limitada tanto por las disposiciones posteriores aprobadas en las cortes, ley de Secretos Oficiales incluida, como por la interpretación que los sucesivos ministros de información realizaron de la ley del 66.

Durante el periodo que nos ocupa, Alfredo Sánchez Bella se hizo cargo de la cartera de información y Turismo⁵⁸¹. El ministro, elegido tras el escándalo Matesa, optó por un veto encubierto con la retirada de publicidad, la concesión de créditos y las políticas de despacho. Así, pese al poso aperturista de la nueva ley y la preferencia del ministro Sánchez-Bella por dispositivos financieros y administrativos de vigilancia, los periódicos afrontaron en el periodo 66-75 múltiples sanciones, en ocasiones acompañadas del secuestro de la publicación. Entre abril del 68 y el mismo mes del año siguiente, setenta y tres cabeceras fueron sancionadas, un 58,9% de los doscientos un expedientes administrativos que se abrieron. Estas ciento dieciocho sanciones fueron en su mayoría de carácter leve y cincuenta y cinco de ellas respondían a razones formales. El resto, vulneraba los límites de la libertad de expresión marcados por la ley de prensa o no cumplían con requerimientos en materia moral del régimen. Las publicaciones con menos sanciones fueron las diarias, un total de veintiséis títulos de las setenta y tres. Informaciones, ABC y La Vanguardia Española no llegaron a ser penalizadas por razones políticas durante el tardofranquismo, mientras que sí lo fue la Editorial Católica aunque siempre por infracciones leves. En 1969 se clausuraba el diario El Nivel⁵⁸² y, más

580 En 1971, la composición del accionariado de FACES es heterogénea. Aunque el grupo está dominado por Serer, una parte importante de los accionistas son de corte falangista. Los conflictos internos del grupo proporcionan al Ministerio de Información y Trabajo la documentación necesaria para sancionar y finalmente clausurar el diario con una línea editorial rupturista. Luján LE, Op. Cit.

581 Bella fue ministro de Información y Turismo entre 1969 y 1973. Educado en el grupo católico Pax Romana, estuvo vinculado a la Asociación Católica Nacional de Propagandistas y al Opus Dei. 2014. Luján LE, Op. Cit. p. 83. Zalbidea B, Op. Cit.

Cuentan en Triunfo que su talante era «*extraño y arcaico*». Las fronteras de la libertad de prensa. Triunfo. 1975;645; 15. Pepe Ribas consideró a Bella un reaccionario. Ribas P. Op. Cit.

582 El Nivel pertenecía a Julio García Peri, médico y editor que, entre otras, publicaba también Noticias Médicas. La clausura se escudó en la cancelación registral de El Nivel, si bien ésta fue debida a su línea editorial rupturista. Otro tanto ocurriría con el diario Madrid un par de años más tarde. En este último caso, se añade además la lucha interna ya mencionada entre falangistas y monárquico-opusdeístas que componían el accionariado del diario. El control del grupo por estos últimos a finales de los 60 determina el dominio de una línea editorial más crítica que causó finalmente el cierre del periódico. Luján LE, Op. Cit. p 307-313

adelante, en noviembre de 1971, el diario Madrid seguiría el mismo destino⁵⁸³.

Por tanto, a principios de la década de los 70, la información de ámbito nacional que aparece en prensa, aunque de marco bien delimitado, ya no depende solo de los medios del estado. La cadena de información y propaganda del régimen tiene que contrabalancear las líneas de opinión divulgadas por las empresas o familias editoras privadas cuya posición no siempre coincide con la postura oficial⁵⁸⁴. Al igual que a estas, a la prensa del estado se le exige ahora una cierta autonomía financiera que de muestra de su difusión e influencia. El contenido en prensa diaria queda sujeto a un doble control, el estatal -a través de la legislación, su cadena de prensa, la vigilancia administrativa y las compensaciones económicas del régimen- y el impulsado por el público de lectores que junto con los anunciantes, constituye la fuente principal de financiación de las cabeceras privadas. Este público ya no es solo el objetivo prioritario del adoctrinamiento del estado sino también de los nuevos grupos de opinión. A la hora de hacer pública una noticia, es necesario encajar por un lado el contenido autorizado por la dictadura con la línea editorial de la publicación. Por el otro, la selección de una noticia depende de la representación que realiza la prensa general y cada diario en particular de los intereses de los lectores. Este público ausente está rompiendo desde los 60 con la cadena de socialización del régimen⁵⁸⁵.

En prensa, la autocensura parece ser la norma para los conflictos laborales. Aunque el desarrollo económico de la década anterior contribuye al aumento y a la diversificación de los conflictos laborales en España, el régimen los había definido como un problema de orden público por lo que apenas reciben atención en prensa diaria nacional. Como foro público oficial la prensa hace suya, al menos de manera explícita, la separación entre lo público y lo privado impuesta por el Régimen, separación

583 Diario Madrid. Orden de cierre al Diario Madrid. 25 de noviembre de 1971; portada.

584 La separación entre prensa del movimiento y los grupos privados no es tan nítida. Por ejemplo, Alejandro Fernández Sordo, director general de prensa en el 71, un acenepista, estuvo ligado a la Editorial católica, editora del diario Ya. Por otro lado, la cadena de prensa fue utilizada por las distintas facciones del régimen, como muestra el caso Matesa. Luján LE, Op. Cit. p 89.

585 De Miguel A, Op. Cit.

que encajaría además, según Roger Chartier⁵⁸⁶, con su carácter de medio escrito que, al excluir al lector, mantendría una división de corte clásico entre ambos ámbitos. Así, la expresión preferida para las huelgas en España es “trabajadores en paro”, especialmente si se trata del sector secundario, a los que apenas se les dedican unas líneas⁵⁸⁷. La palabra huelga sí describe, no obstante, el paro en el sector primario⁵⁸⁸, terciario y las protestas de los estudiantes⁵⁸⁹. Durante el año que nos ocupa, no hay apenas continuidad informativa para el cierre temporal de las empresas. Aunque hubo conflictos de mayor intensidad, similares en duración y extensión al de las Clínicas de Ibiza, la Vanguardia por ejemplo, solo se detuvo entre febrero y marzo del 71 en la “Guerra de la leche”⁵⁹⁰. Las protestas en

586 Chartier R, Op. Cit.

587 Por ejemplo, La Vanguardia reseñó en sus secciones Mundo laboral y Conflictos laborales estos paros. En enero, la huelga en Eaton Ibérica y Telefunken. La Vanguardia. Mundo laboral: la situación en Eaton Ibérica, propuestas de los trabajadores para retornar a sus puestos. 28 de enero de 1971; p 5; La Vanguardia. Mundo laboral: paro en Telefunken ibérica. 28 de enero de 1971; p 5.

En febrero, vuelve a dar noticia del conflicto de Eaton -La Vanguardia. Mundo laboral: siguen las conversaciones en torno al conflicto de Eaton Ibérica. 7 de febrero de 1971; p 6- y menciona los conflictos de Urbasa y Nueva Montaña Quijano -La Vanguardia. Mundo laboral: paro en Urbasa, Nueva Montaña Quijano cierra sus puertas. 7 de febrero de 1971; p 6-. Informa además de los conflictos laborales de “La maquinista” -La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Huelga en la maquinista, la policía desalojó a los obreros de la fábrica. 9 de febrero de 1971; p 32. La Vanguardia. Mundo laboral: No ha variado la situación en la maquinista. 18 de febrero de 1971; p 29. La Vanguardia. Mundo laboral: Nuevas renunciaciones al trabajo en La Maquinista. 8 de marzo de 1971; p 23. La Vanguardia. Mundo laboral: De la sentencia de la magistratura del trabajo sobre el conflicto de la maquinista. 17 de marzo de 1971; p 33-. También de los paros en Astilleros Españoles -La Vanguardia. Mundo laboral: Bilbao: 1600 trabajadores en paro. 17 de febrero de 1971; p 11. Faesa Internacional -La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Paro en una empresa situada en la zona franca. 17 de febrero de 1971; p 11.- y en una empresa de construcción -La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Huelga en las obras de la universidad autónoma. 17 de febrero de 1971; p 11-. En mayo, del paro de 1192 mineros y 500 trabajadores del naval -La Vanguardia. Mundo laboral: Prosigue el conflicto de minero de León. 7 de mayo de 1971; p 8. La Vanguardia. Mundo laboral: Gijón: Cerrados unos astilleros por el paro de 500 trabajadores. 7 de mayo de 1971; p 8.

En agosto y septiembre: La Vanguardia. Mundo laboral: El problema de AICASA está en vías de pronta solución. 31 agosto de 1971; p 8. En septiembre: La Vanguardia. Mundo laboral: unos 5000 obreros de la construcción pararon ayer en Madrid. 14 septiembre de 1971; p 11. La Vanguardia. Mundo laboral: Situación estacionaria en el paro de la construcción. 19 septiembre de 1971; p 9.

En octubre: La Vanguardia. Mundo laboral: un mes de la huelga de Industrias metálicas de Navarra. La Vanguardia. Se extiende el paro en las cuencas mineras asturianas. 15 de octubre de 1971; p 9. La Vanguardia. Mundo laboral: Ayer normalidad casi absoluta en Barcelona y provincia. 30 de octubre de 1971; p 30.

En noviembre: La Vanguardia. Mundo laboral: Gaya: se extiende el paro en la fábrica Roca Radiadores. 5 de noviembre de 1971; p 71.

588 En febrero, la Vanguardia informa de la huelga de la flota pesquera de Sanlúcar de Barrameda. La Vanguardia. Mundo laboral: huelga de 500 pescadores en Cádiz. 7 de febrero de 1971; p 6.

589 La Vanguardia. Llamamiento a los universitarios de Valladolid para salvar a la Universidad de la grave crisis que se cierne sobre ella, 15 enero 1971; p 8. La Vanguardia. Situación académica de las escuelas técnicas superiores de Madrid. 7 febrero de 1971; p 9. La Vanguardia. Sevilla. La facultad de filosofía y letras abrirá hoy. 13 de mayo de 1971. La Vanguardia. Oviedo: El curso durará hasta junio. 13 de mayo de 1971. La Vanguardia. Granada: continúan encerrados en la facultad de derecho treinta estudiantes. 21 de mayo de 1971, p 21. La Vanguardia. Dos facultades cerradas en el distrito de Bilbao. 7 de noviembre de 1971; p 15. La Vanguardia. Ha sido cerrada la universidad de Bilbao. 11 de diciembre de 1971; p 9. La Vanguardia. Han sido suspendidas las clases en cuatro facultades de Madrid. 17 de noviembre de 1971; p 11.

590 *La guerra de la leche* (La Vanguardia de los días 13, 20 y 28 de febrero y La Vanguardia de los días 4, 6, 7 y 14 de marzo) informaba del conflicto por el precio del litro entre ganaderos y las centrales lecheras. La sequía del 69 causó una importante reducción de la producción, circunstancia que aprovechan los productores cántabros y vascos

el distrito universitario de Madrid⁵⁹¹ recibieron una breve aunque constante atención, mucho más prolongada que los paros en las cuencas mineras de León y Asturias⁵⁹² o la huelga de los trabajadores de SEAT en octubre del 71, durante la cual falleció un trabajador⁵⁹³.

Cuando había conflicto laboral, las negociaciones entre empresa y trabajadores se resolvían en el complejo entramado jurídico y administrativo del Régimen, con sus propios dispositivos de vigilancia, y apenas encontraban espacio dentro de las publicaciones diarias. Esta desatención a los conflictos laborales no reflejaba las opiniones de estudiantes y clases medias, público potencial o representado de las nuevas publicaciones diarias, que entre 1966 y 1970 han cambiado su punto de vista sobre las huelgas⁵⁹⁴. Las nuevas líneas editoriales van a intentar representar a este público pasivo buscando un equilibrio que les permita ampliar el campo de lo público dentro de los estrictos márgenes de opinión del régimen y de sus grupos editoriales.

Sobre las dificultades de conciliar todos estos intereses hablaba en el año 1975 la revista Triunfo en un artículo titulado las fronteras de la libertad de prensa:

*“¿Cuáles son las fronteras? El artículo segundo de la Ley de Prensa es tan impreciso como para presentarse en la práctica de una manera coyuntural, Su aplicación ha variado notablemente en estos años. Generalmente ha dependido de lo que se ha llamado, con una palabra que se ha puesto de moda, el talante del ministro (...). No entendemos que la acción pública de un alto funcionario pueda depender de su mala o buena disposición de ánimo (...). Lo prácticamente anormal es que no se sepa bien cuales son esas fronteras en muchos aspectos hasta que uno recibe una notificación administrativa y judicial porque se supone que puede haberlas traspasado”.*⁵⁹⁵

La definición oficial de la línea de demarcación no es en la práctica tan nítida y tampoco lo son

para subir los precios. Entre febrero y marzo del 71, los ganaderos dejan de vender leche a las centrales como medida de presión.

591 La Vanguardia. Paro del tráfico y disolución de una manifestación en la Facultad de medicina. 13 de mayo de 1971; p 7. La Vanguardia. La situación en la universidad de Madrid. 21 de mayo de 1971; p 21. La Vanguardia. Se extiende el paro académico en el distrito universitario de Madrid. 7 de noviembre de 1971; p 15. La Vanguardia. Incidentes en la universidad de Madrid. 25 de noviembre de 1971; p 6. La Vanguardia. Continúan los incidentes en el distrito universitario de Madrid. 26 de noviembre de 1971; p 10.

592 ABC. Prosigue el conflicto del minero de León. 7 mayo de 1971; p 8

ABC. Vuelven al trabajo 750 mineros leoneses. 16 de junio de 1971.

ABC. Y paran 150 de Hunosa. 16 de junio de 1971; p 13.

ABC. Siguen los paros en Hunosa. 15 de junio de 1971; p 35.

593 La Vanguardia. Fallecimiento de Antonio Ruiz Villalba. 3 de noviembre de 1971, p71.

594 Sociología del trabajo. En De Miguel A, Op. Cit. p 252-255.

595 Triunfo. 8 de febrero de 1975, Op Cit. p 15.

los criterios que autorizan la circulación de contenidos entre lo público y lo privado. Si como Triunfo nos escudamos en noticias tipo Matesa, hablaremos del talante del ministro. Si como la Vanguardia informamos de la huelga postal inglesa⁵⁹⁶, no tendremos inconveniente en combinar artículos negativos de opinión con una amplia información sobre cómo proceder en caso de negociación colectiva.

Por tanto, a principios de los 70, la prensa trata de ampliar los límites informativos que le son impuestos por el régimen de acuerdo con la demanda de información que realiza su público potencial y objetivo. Para vadear estas barreras, la prensa se vale de temas de actualidad que, por pertenecer a espacios que el régimen considera neutrales, no amenazan la continuidad de la publicación. Es el caso de la información internacional, pero también la vulneración de los escasos derechos que el Régimen reconoce a la incipiente clase media: educación y salud. Informaciones dedica un suplemento semanal a ciencia y tecnología. Sábado Gráfico y Triunfo han informado, no por casualidad, de la deficiente atención psiquiátrica, cuya distancia con respecto a la medicina clínica han atribuido al déficit de financiación. Esta vulnerabilidad del Régimen se detecta de nuevo en el conflicto de las Clínicas de Ibiza. Lo que se que se escribe en términos de experto y de derecho a la salud es una crítica a la autoridad, a la Diputación en tanto que representante del Régimen, crítica compatible con el tono anti-insitucional de la izquierda contracultural.

El contenido de la crónica que se publica en prensa sobre el conflicto de la calle Ibiza está dirigido por los médicos -no de otro personal sanitario, no de sus pacientes- y su conflicto con la diputación⁵⁹⁷. Son los médicos quienes se proponen como expertos, los redactores se limitan a reproducir

596 La Vanguardia es un periódico con una línea editorial moderada, cuyo consejo de administración, controlado por la familia propietaria, mantiene un contacto continuo con el régimen. Lujan LF, Op. Cit.

Una búsqueda con la palabra huelga en la hemeroteca digital de este periódico devuelve más de 750 entradas para el año 1951 (excluida la expresión *huelga decir*). La mayor parte de ellas se refieren a conflictos laborales en el exterior de España.

597 La ley de prensa e imprenta de 1966 indica en su artículo 6º, Información de interés general, que “*las publicaciones periódicas deberán insertar y las agencias informativas distribuir, con indicación de su procedencia, las notas, comunicaciones y noticias de interés general que la Administración y las Entidades públicas consideren necesario divulgar y sean enviadas a través de la Dirección General de Prensa, que las cursará cuando las estime procedentes para su inserción con la extensión adecuada*”. En el artículo 7º, apartado 1 de la misma ley se indica que: “*el Gobierno, la Administración y las Entidades públicas deberán facilitar información sobre sus actos a todas las publicaciones periódicas y agencias informativas en la forma que legal o reglamentariamente se determine*”. Ley 64/1966, Op. Cit. p 3311.

Los comunicados de la Diputación son enviados a las agencias por la Oficina de Prensa y Relaciones Exteriores. Los periódicos tenían la obligación de publicarlas.

su argumentos, enmarcarlos en una discusión de competencias con relación a la planificación sanitaria y balancear el titular. Son los psiquiatras encerrados en las Clínicas quienes redactan y envían los comunicados tanto a la Diputación como a las agencias⁵⁹⁸. Otro tanto hace la Diputación a través de su oficina de Relaciones Exteriores y Publicaciones. Más tarde, tras el desalojo, los comunicados de los médicos necesitarán de la aprobación de la asamblea, quien delega a su vez su redacción en un comité de representantes del que los psiquiatras de la calle Ibiza forman parte. Sobre esta información y según la afinidad o el interés del medio, el titular en la prensa diaria se va a escorar hacia uno u otro bando⁵⁹⁹. Puede cambiar la localización del artículo -portada, sección, número de columnas o páginas interiores-, sin embargo, ya sea de redacción propia o reproduzca con mínimas variaciones la información de las agencias, se va a ceñir a la proporcionada por ambas fuentes: la crónica del conflicto de las Clínicas de Ibiza resulta prácticamente similar en cualquiera de los periódicos consultados excepto en los artículos de opinión, en los que el redactor vuelve a escorarse, casi siempre hacia las líneas argumentales que han sostenido los médicos. Esta alianza es especialmente llamativa en el caso del diario Madrid o del periódico Informaciones, medios que, desde su renovación a mediados de los 60, tratan de conectar con los lectores que están rompiendo con la correa de transmisión del Régimen. A ese público que identifica tiranía y autoridad con dictadura se dirige la historia de los médicos de la Ciudad Sanitaria Provincial.

En nuestra opinión, la historia que los médicos escriben y representan interesa a la prensa por

598 Las agencias que distribuyen la información son Cifra, Pyresa y Europa Press. Cifra es la parte de la agencia de noticias EFE, agencia dependiente de la Delegación de Prensa que se ocupa de los contenidos oficiales de ámbito nacional. Europa Press, es la primera agencia de noticias privada en España. Se crea a finales en el año 57 como filial de Esfina, un grupo de comunicación que durante el régimen se consideró vinculado al Opus Dei. En 1966, con la nueva ley, obtiene autorización para difundir noticias, hasta entonces se limitaba a la redacción de reportajes y fotografías. Fuentes J. Prensa y política en el tardofranquismo (1962-1975). La rebelión de las élites. Cercles, revista d'història cultural. 2017;6.

Barrera C. El opus dei y la prensa en el tardofranquismo. Historia y Política. 2012;28:139-165.

Ambas agencias son citadas como fuente de información en todos los periódicos revisados, si bien en Madrid, Informaciones, Nuevo Diario y Tele-exprés es más frecuente la referencia a Europa Press que a la agencia Cifra. Esta última es la fuente más citada en ABC y Pueblo. Las referencias a la agencia de noticias de la Cadena de Prensa del Movimiento, Pyresa, y a la agencia Logos (vinculada a la editorial católica EDICA) son anecdóticas en esta revisión.

599 Fuentes J. Op. Cit., p 6.

dos razones:

El valor simbólico del enfrentamiento entre médicos y Diputación. La medicalización del problema laboral y/o político es impulsada por los psiquiatras de la calle Ibiza y aceptada por la Diputación cuando se opone precisamente a esa medicalización. La Diputación niega de manera autoritaria lo obvio, la precariedad de la asistencia. La habilidad de los médicos para medicalizar el conflicto; independientemente de su carácter asistencial, laboral o político; y la torpeza de la Diputación, que admite en franca desventaja esta medicalización, afianza el papel de experto de los médicos y convierte la lucha de los psiquiatras en una historia de resistencia. Eso sí, condicionada a un fondo discursivo reformista que los mismos psiquiatras proponen. La prensa solo tiene que difundir los que los psiquiatras cuentan. Y los psiquiatras cuentan cada vez más cosas. Hemos visto cómo al principio plantean su intervención en la organización. Al final, realizan una crítica del régimen desde el derecho a la salud, formalizan una protesta laboral y cierran el conflicto con una comisión de reforma de estructura semidemocrática. Queda claro el porvenir que se dibuja tras la neutralidad de los expertos. A la prensa le basta con representar a través de este experto la ceguera autoritaria de Diputación.

Los protagonistas del encierro se ajustan al formato de las historias de prensa: hombres de mediana edad con una representación positiva en el imaginario colectivo⁶⁰⁰. En tanto expertos y autoridad en la materia encajan en el prototipo narrativo que la prensa mantiene para su público mayoritario. El formato de la crónica de las Clínicas de la calle Ibiza le resulta familiar a la prensa que lo ha utilizado con asiduidad para informar de las huelgas médicas extranjeras ⁶⁰¹.

En este tipo de noticias la narración del experto y sus requerimientos profesionales se

600 Simelio Solà N. Prensa de información general durante la transición política española (1974-1984): pervivencias y cambios en la representación de las relaciones sociales. Doctorado. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007. Un ejemplo lo podemos encontrar en Jardiel Poncela E. Juan Antonio Vallejo Nájera. Sábado Gráfico. 3 de abril de 1971; 722: 18.

601 La Vanguardia. Huelga de los médicos de los hospitales Italianos. 13 de abril 1965; p 16.

La Vanguardia. La huelga de médicos en Bélgica. 17 de abril de 1964, p 18.

La Vanguardia. Bruselas: intervención personal del rey Balduino en el conflicto de los médicos. 9 de abril de 1964; portada.

La Vanguardia. Desde Londres, el dilema del doctor. 4 de marzo de 1965; p 17.

complementa con un enfoque humanitario que también en el caso de las Clínicas contó la historia de los familiares de los pacientes y la afectación de los usuarios de Ibiza cuando fueron desalojados. El marco narrativo que los periodistas diseñan con la aquiescencia de los médicos es doble: técnico en los informes de la OMS y en la defensa de los psiquiatras, y humanitario para el resto de los participantes, ya sean redactores, fotógrafos⁶⁰², representantes sindicales o allegados de pacientes. Lo que se busca es la comprensión del enfermo dentro de los parámetros objetivos del discurso técnico.

Más allá de los enfrentamientos entre facciones o de líneas editoriales más o menos aperturistas, la prensa del tardofranquismo encontró en el encierro de las Clínicas de Ibiza una historia que conciliaba los diferentes y complejos intereses que movían la publicación de una noticia. Aceptado el límite informativo que sancionaba la publicación de los conflictos laborales, el cambio en la clasificación del contenido no dependió aquí tanto del tema a tratar -la precariedad del sistema de Beneficencia y los intereses corporativos que se oponen a esa precariedad- como de la autoridad de la propuesta. No se trata tanto de presentar un conflicto laboral como de la autoridad de experto de quien lo protagoniza, que hace posible que la prensa hable en España del conflicto. Estos médicos expertos se adaptan y se mantienen en los márgenes estrictos que tolera la administración. La reformulación de su protesta en términos de resistencia se ajusta a la representación que la prensa se hace de sus lectores y les propone un enfoque positivo del porvenir. La movilización de las Clínicas de Ibiza vende ejemplares sin llegar a transgredir fronteras.

En suma, la identificación de los lectores y de los periodistas con el discurso técnico de los médicos permite expresar a través de ellos el malestar colectivo y el deseo de cambio pese a la censura. La crónica del encierro es otro signo más de la ruptura de la cadena de socialización del Régimen y de la oposición de las clases profesionales al franquismo impulsada en este caso por aquellos que se

602 En prensa diaria, la comunicación fue sobre todo escrita. La mayor parte de fotografías documentan las asambleas o las reuniones con las instituciones, imágenes coherentes con la representación tecnocrática del conflicto. Solo encontramos una imagen que da cuenta de la relación entre médico y paciente en el diario Madrid. Se trata de una foto de Barahonu que acompaña a la noticia.

Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial. 28 de agosto de 1971; p 5.

situaban al margen o en la órbita de la oposición controlada por el Partido Comunista⁶⁰³.

VIII. 5. 2. La penalización de la huelga.

El derecho a las movilizaciones laborales en el encierro de las Clínicas de Ibiza.

En 1971, el régimen mantiene una legislación represiva sobre cualquier movilización. La huelga se considera una traición o un engaño, una anomalía de las relaciones laborales. El proceso de industrialización y la liberalización económica que ha puesto en marcha el Régimen fuerza la ley de convenios colectivos en el 62. La nueva legislación y las normativas menores que se redactan en torno a ella incluyeron distintos procedimientos de mediación, si bien la palabra huelga continuará desterrada de la legislación laboral. El paro forzoso o el cierre patronal seguirán regulados por el código penal y por la ley de orden público hasta 1975⁶⁰⁴. En los 70 se diferencia del conflicto laboral, que soporta un fuerte desequilibrio en la negociación a favor de la patronal. Por un lado, la compleja vía burocrática, que canaliza el desacuerdo a través del sindicato vertical, la Delegación del Trabajo o la magistratura convierte en interminable la supuesta negociación y funciona como barrera administrativa. Por el otro, los discursos colectivos no encuentran a nivel laboral salida institucional. Las sentencias de la magistratura vuelven una y otra vez sobre la legislación previa y el Jurado de Empresa, punto de encuentro entre la fábrica y sus trabajadores, mantiene una composición desigual a favor de la primera. Solo en las grandes empresas consigue Comisiones, infiltrada con muchas dificultades en el sindicato vertical⁶⁰⁵, el control del jurado y un convenio particular⁶⁰⁶. Aún dentro de márgenes tan restrictivos, la legislación laboral permite una mínima expresión del malestar hacia la dictadura, función que el régimen trata de blindar restringiendo el paro laboral. Junto con las manifestaciones y movilizaciones, se consideran una

603 Las fuentes orales de este trabajo registradas en la segunda parte de este trabajo corroboran este vínculo.

604 Ruiz Resa D. Los derechos de los trabajadores durante el franquismo. Madrid: Dyckinson; 2015.

605 Comisiones obreras nació de manera espontánea tras la primera oleada de huelgas de mediados de los 50, principios de los 60. Con funcionamiento asambleario, aunque dependiente en la práctica de un reducido grupo de activistas, su objetivo era la acción pública y legal. Formaron parte de los Jurados de Empresa y defendían públicamente una legislación laboral representativa de las partes implicadas y finalmente un sistema democrático.

606 Ruiz Resa D, Op. Cit.

vulneración del orden público *“los plante, huelgas, sabotajes y demás actos análogos cuando persigan un fin político o causen graves trastornos de orden público podrán ser considerados reos de delito de rebelión militar”*⁶⁰⁷. El paro laboral, sea cual sea su función, es ilegal. No obstante, además del rígido esquema de negociación del 62, en 1965 el artículo 222 del código penal⁶⁰⁸ impone límites al delito de sedición, distinguiendo entre paros económicos, casi siempre penalizados con el despido de sus promotores, y paros políticos. Dentro de estos últimos se clasificaban todas las huelgas en las que se aprecia cualquier oposición al Gobierno. Se trataba sobre todo de evitar el conflicto entre trabajadores y Estado para no sumar a la función política, vinculada a la huelga en nuestro país, una crítica institucional implícita y limitar su solución al ámbito burocrático y privado. La suspensión de una actividad de reconocida necesidad realizada por funcionarios y empleados públicos, por su vinculación directa al Estado podía ser incluida dentro del artículo 222, posición en la que intentó la Diputación situar a los médicos de Ibiza tras el desalojo y de la que los médicos se defendieron insistiendo en el carácter asistencial de la protesta.

Aún con la precaria legislación y la penalización de la huelga, la conflictividad laboral no dejó de aumentar durante toda la década de los 70. Las tímidas reformas legislativas del franquismo son incapaces de sostener la cadena de socialización del Régimen. Dichas reformas continúan apoyando una distribución de rentas muy desequilibrada y un crecimiento económico a expensas del pluriempleo y el aumento de productividad de los trabajadores⁶⁰⁹. El desordenado desarrollo del país y el cambio social que avanza a lo largo de los 60, intensifican durante la década posterior la disidencia y los conflictos laborales, que a veces apenas ocultan una clara función política detrás de las reivindicaciones profesionales. Por la dureza de la sanción, se intenta evitar la huelga clásica

607 Decreto 1794/1960, de 21 de septiembre, revisando, y unificando la Ley de dos de marzo de mil novecientos cuarenta y tres y el Decreto-ley de dieciocho de abril de mil novecientos cuarenta y siete. Boletín Oficial del Estado, núm 231, 26/06/1960; p 13405. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1960-13701> [Consultado 25 de febrero 2017]

608 Ley 104/1965, de 21 de diciembre, sobre modificación del artículo 222 del Código Penal, “Texto revisado de 1963». Boletín Oficial del Estado, núm 306, 23/12/1965. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1965-21315 [Consultado 25 de febrero 2017]

609 De Miguel A, Op. Cit.

y reducir el ritmo de producción. Se ralentiza el ritmo de la cadena y se boicotea la relación con la empresa, sistemas que se venían aplicando en España desde mediados de los años 50.

En 1970, la actitud de la población hacia la huelga es positiva. Los españoles encuentran en el paro una función política -la defensa de derechos laborales- y, especialmente, uno de los pocos instrumentos de negociación disponibles. Desde finales de los años 50, las huelgas de los estudiantes han facilitado la identificación de la clase media con la huelga, que se va desvinculando del altercado, del desorden y la violencia que le atribuía el Régimen franquista. Incluso el informe de la fundación Foessa del año 70 plantea la necesidad de una reforma institucional que flexibilice el despido, pero que devuelva cambio cierta protección a los trabajadores:

“Aceleración del proceso de institucionalización de las organizaciones sindicales obreras con los derechos correspondientes (reunión, huelga, etc.).⁶¹⁰”

Durante los 70, los conflictos laborales, paros y encierros fundamentalmente, se extendieron no sólo geográficamente sino también entre estratos profesionales. El sector más conflictivo es el metalúrgico, seguido de la minería, industria química y textil cuya dirección pertenece con frecuencia a Comisiones. No obstante, conforme han ido avanzando los planes de desarrollo, se produce una terciarización de la economía que se traduce en conflictos laborales que implican ahora a técnicos y a funcionarios, pese a que en este grupo hay una amenaza mayor de delito de sedición. En este tipo de movilizaciones, como en los paros o los encierros obreros, coincidían las reivindicaciones económico-laborales con las políticas-solidarias⁶¹¹, función que hemos visto que no era complicado alcanzar dados los estrechos límites de la legislación del régimen y la vinculación estatal de los implicados. Resultaba casi imposible evitar ofensas contra el orden público, pero ofensas que, a un nivel práctico, con cifras al alza de conflictividad laboral, desbordaban las capacidades de sanción del ejecutivo y se convertían, con la solidaridad recabada desde la defensa de derechos civiles y los medios de comunicación, en un eficaz instrumento de protesta frente al Régimen. Como contábamos

610 De Miguel A, Op. Cit. p 1056

611 Lefranc G. La huelga: historia y presente. Barcelona: Editorial Laia; 1975.

al inicio de este capítulo, tal fue el caso de las huelgas de estudiantes, de maestros, de las protestas de los clérigos y las de los médicos que comenzaron con las protestas del hospital clínico de Barcelona a primeros de los 70.

No solo la interpretación médica de la enfermedad mental se hace cargo de la ausencia de derechos laborales del régimen. La forma que toma la acción, es, como la protesta, a la vez instrumental y expresiva. Se trata de un encierro en el centro de trabajo. No hay abandono de la labor asistencial si no todo lo contrario.

En la movilización de los psiquiatras de la CSPFF no hay un problema laboral sino un problema de salud pública, de financiación y organización de la asistencia. Los argumentos asistenciales despolitizan la protesta y permiten una lectura médica de los procesos sociales que encuentra, tal y como hemos visto, su apoyo y su continuidad en los informes de la OMS en términos como tipificación, clasificación, cuantificación y planificación de la asistencia. Obviamente la precariedad incluye las condiciones laborales de los médicos, tema que en las Clínicas de Ibiza se abordará de manera separada al problema asistencial, a través de la petición del Ministerio de Sanidad del Colegio de Médicos y con los más de 1400 médicos que secundan la protesta con nuevos encierros y cartas de apoyo. En este sentido queremos resaltar que son los médicos los que empiezan la protesta y no los afectados por la vulneración de derechos, familiares y pacientes, que permanecieron en un segundo plano⁶¹².

VIII. 5. 3. Las estrategias profesionales y la generalización del conflicto.

En 1970 hay unos 40.000 médicos en España. Están satisfechos con su profesión en la que valoran cualidades como honradez, altruismo, don de gentes y sentido común. La mayor parte de ellos proceden -y se mantienen- de una clase de alto o medio poder adquisitivo. Combinan varios empleos, normalmente la práctica privada con una jornada parcial en algún seguro. Participan del

612 Sin entrar en detalles, una primera revisión en la hemeroteca online de La Vanguardia y el ABC vincula la locura a irracionalidad, peligrosidad y crimen más que a enfermedad.

proceso de asalarización de los profesionales liberales. Son más sensibles a las rutinas y a la autoridad frente a la que se sienten impotentes. Se quejan de su retribución, pero no tanto como del deterioro de las instalaciones y del instrumental. Entienden que la medicina es una profesión cada vez más tecnificada que depende de la especialización y del trabajo en equipo. Dentro del Seguro social, se critica especialmente el sistema de consultas por su deshumanización, rápida atención y un apoyo excesivo en la medicación. Opinan que sería necesario reducir el número de cartillas por profesional, cobrar por acto médico, aprobar un copago y permitir la libre elección de especialista y la admisión de todos los médicos que así lo deseen en el seguro⁶¹³. Realizan una crítica a la burocratización del seguro social, pero aceptan que, dada la tecnificación de su práctica, tendrán que desarrollar su actividad profesional dentro de estos sistemas.

Esta percepción subjetiva encuentra su correlato en el informe Foessa de 1970. Muestra una tendencia al alza de la asistencia hospitalaria frente a la domiciliaria y de un modelo socializado de asistencia frente al sistema privado. Los indicadores de la asistencia sanitaria España muestran un control de las enfermedades infecciosas con el consiguiente predominio de enfermedades propias de las sociedades industriales avanzadas. El cáncer y las enfermedades cardiovasculares requieren para su atención y prevención de una tecnología costosa y avanzada, cuya investigación modelan el estudio de los factores de riesgo cardíacos de Framingham⁶¹⁴ y los informes del Comité de Expertos de la OMS. Los índices de mortalidad infantil y perinatal, el número de camas de hospitalización o la ratio de médicos se mantienen por debajo de la media europea. Es especialmente notoria la falta de medios en la asistencia a los enfermos mentales y en el número de odontólogos. Los médicos acuden allí donde esperan encontrar una mayor retribución o prevén unas mayores posibilidades de aprendizaje y progreso, expectativas que, junto con el pluriempleo y los bajos salarios, condicionan la emigración de los facultativos y el abandono de las áreas rurales.

613 Campo Urbano S. Problemas de la profesión médica española. Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias; 1964.

614 Dawber TR, Meadors GF y Moore FE, Jr.: Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. Am J Public Health 1951; 41(3):279-286.

Una de las dificultades, entre muchas otras, para el desarrollo de un sistema socializado que cumpla con las expectativas de los médicos y se adecue al nivel económico del país remite a una organización sanitaria que depende de múltiples organismos estatales y privados. Ya hemos comentado que hay dos grandes corporaciones que se hacen cargo de la asistencia estatal, Beneficencia y la Seguridad Social, que dependen del Ministerio de Gobernación y del Ministerio de Trabajo. Alrededor de ellas orbitan distintos Patronatos, Institutos y Maternidades junto con los servicios de prevención vinculados a Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad. La mitad de la población pertenece a la Seguridad Social que cuenta solo con el 16% del total de camas hospitalarias. Pese a que la financiación del organismo está garantizada por las rentas del trabajo, la Seguridad Social recurre a conciertos con las Diputaciones y los centros privados. La subrogación da lugar a casos como el de las Clínicas de Ibiza con la consecuente discriminación por rentabilidad en la asistencia, pero también de posibilidades formativas y de los salarios.

En la medida en que la movilización de la calle Ibiza es una protesta de médicos psiquiatras los límites a la asistencia comunitaria que reclaman son económicos e institucionales. El problema está en la financiación de una asistencia que discurre por vías paralelas. La atención de Beneficencia y la atención bajo Seguro Social se realizan en los mismos hospitales pero una resulta para la institución en cuestión mucho más rentable que la otra. La psiquiatría, aunque es una especialidad médica, no incluye la hospitalización en la Seguridad Social. Hay también vías paralelas en los programas de formación y en los convenios colectivos. Si al título de especialista se llega por varios caminos, el mismo trabajo se remunera y se realiza en condiciones laborales muy diferentes.

Cuando en las Clínicas los psiquiatras se incorporan al modelo de asistencia de sus colegas, hacen suyas las mismas reivindicaciones profesionales. El desacuerdo con la Diputación no es un problema de competencias, se presenta como un problema técnico. Ibiza pasa a ser el caso representativo de la medicina enferma y sobre este eje se articula el apoyo del Colegio y de un tercio de su sector profesional en el que casi la mitad de los facultativos desaprueban la huelga como medida

de protesta⁶¹⁵ . Los psiquiatras escenifican la ruptura con la Diputación y las instituciones corporativas se ofrecen como solución vía Ministerio de Sanidad. A cambio, se limita el marco comunitario de tratamiento a un modelo clínico. Desde este modelo se cierran filas alrededor de la asistencia como derecho cuya gestión total corresponde a los expertos, a los médicos y a los psiquiatras, desde la promesa de cura de la enfermedad mental.

VIII. 6. EL ENCIERRO Y LOS NUEVOS MOVIMIENTOS SOCIALES

Hasta ahora nos hemos aproximado al estudio del conflicto de las Clínicas de Ibiza de forma descriptiva. Vamos a abordar ahora el análisis de la crónica en tanto nuevo movimiento social. Para ello haremos uso de la perspectiva comparada de los movimientos sociales de Mc Adam, McCarthy y Zald⁶¹⁶. Con esta aproximación trataremos de complementar y afinar el contenido de la divulgación así como de discernir el carácter profesional del movimiento -profesional en el sentido de laboral- de la influencia de la nueva izquierda y desde ahí, plantear su relación directa o indirecta con la crítica psiquiátrica.

Mc Adam, McCarthy y Zald proponen tres categorías de análisis para las movilizaciones sociales: Una externa al movimiento, las oportunidades políticas, y dos internas, las estructuras de la movilización y los procesos enmarcadores. La primera categoría, la oportunidad política, se refiere a la vulnerabilidad en sistema social que da lugar al inicio de la protesta. Depende de la apertura del sistema político institucionalizado, las disensiones entre las élites, su disposición a establecer alianzas y la capacidad represiva del estado. La estructura pertenece al ámbito organizativo, describe la forma que adopta la acción. Se subordina a los recursos que es capaz de impulsar la movilización, las tácticas disruptivas que diseña y los objetivos que se propone. Los procesos enmarcadores describen, con mayor o menor consenso y por tanto con mayor o menor capacidad de supervivencia, la identidad

615 Campo Urbano Sd. Problemas de la profesión medica española: (informe preliminar). Madrid: Comisión Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias; 1964.

616 McAdam D, McCarthy J. y Zald M. Movimientos sociales: perspectivas comparadas. Tres Cantos: Istmo; 1999.

colectiva del movimiento. Se relaciona con el bagaje cultural, los componentes que forjan y expanden el movimiento, la lucha con otros agentes colectivos institucionalizados y el grado de transgresión de las ideas difundidas. Todas las categorías interactúan y se modifican determinando el cambio social y el éxito del movimiento. Su peso varía de las etapas iniciales a las de consolidación.

Desde esta perspectiva, la oportunidad política se concreta en el desfase entre las prestaciones sanitarias y el desarrollo económico de la década precedente. Nuestra peculiar crítica a la modernidad, pasa, dado el régimen dictatorial por la reivindicación de derechos básicos. En esa grieta, simbolizada a través de la muy real precaria asistencia psiquiátrica, confluyen, como hemos comentado, los intereses profesionales que tratan de institucionalizarse tanto en el Ministerio como en la Seguridad Social y la sensibilización de las clases medias a la ausencia de derechos del régimen.

De acuerdo con el análisis comparado la forma de la acción, un encierro en un hospital, va a condicionar, como ya hemos visto, el marco o la identidad de la movilización. La asamblea no se limita a una función instrumental. Expresa además la ideología del núcleo activista original.

Ya describimos la confluencia, dado el contexto sociopolítico de psiquiatras, prensa y lectores en la identidad colectiva del movimiento. Con relación a esta confluencia, decir que el éxito de este y otro movimientos depende de su capacidad de presión sobre la institución. En este sentido el apoyo de la opinión pública hace de la prensa una herramienta fundamental para la consecución de los logros del movimiento.

Con respecto a la identidad del movimiento nos gustaría pararnos en la aceptación del experto porque desde el marco de los movimientos sociales dibuja una continuidad entre todas las partes de la historia. En prensa se destacó la ruptura entre lo nuevo y lo viejo, ruptura muy representativa, como ya hemos visto en el capítulo anterior, precisamente de la presentación de esos movimientos en ese periodo⁶¹⁷. Si, de acuerdo con los análisis actuales de estos movimientos, prescindimos de ese marco,

617 El análisis de McAdam et al se diseña para evitar esa dicotomía. En la misma línea se sitúa Dalton RJ y Kuechler, M. Los nuevos movimientos sociales. Valencia: Editorial Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana y Diputació Provincial de València; 1992.

en el conflicto de las clínicas psiquiátricas encontramos continuidades con el elemento discordante, la Diputación. Aunque psiquiatras y Diputación mantienen ese pulso técnico/político en torno a quien tiene autoridad para planificar la estructura asistencial, ambos concuerdan en aceptar el experto y en establecer un modelo médico comunitario de tratamiento. Después, la prensa reparte los papeles con el beneplácito de los psiquiatras y la óptica rupturista de las movilizaciones de la nueva izquierda.

Lo que se defiende es la idea de que un entorno adecuado es sano para un perfil de persona que se define como enferma de acuerdo a un modelo médico -desviación de lo normal o pérdida de su capacidad de adaptación como resultado de una alteración biológica-. Ya comentamos que esta idea de un entorno con capacidad de producir enfermedad o sanar podría resultar subversiva para el régimen dictatorial. No obstante, psiquiatras y Diputación aceptan la posibilidad de un entorno terapéutico, un escenario medicalizado y protegido, en el que lo social solo puede articularse dentro de esa comunidad que incluye al enfermo y su familia. En esa comunidad terapéutica, atendiendo a la crónica en prensa de la movilización, lo social parece diluirse en un modelo de vulnerabilidad en el que la influencia del entorno solo puede entenderse desde la interacción entre una comunidad sobre la que nadie se pronuncia y un paciente que debe, frente a esta, protegerse y adaptarse. En cuanto al desacuerdo sobre el valor terapéutico de esta comunidad preconstruida, se limita en prensa a la distancia geográfica con el paciente y al número de personas; enfermos, allegados y sanitarios; que deben componerla. Esta diferencia representa para los psiquiatras en prensa la diferencia entre curarse o no curarse.

Psiquiatras y Diputación se diferencian en el modelo de comunidad que proponen bajo ese marco médico. Para los médicos de la calle Ibiza comunitario significa en primer lugar una asistencia próxima al entorno en el que vive el enfermo. No solo la atención primera o en crisis debe de prestarse en su zona de residencia habitual sino también la atención a largo plazo que debe realizarse además en dispositivos más pequeños. La cercanía del dispositivo no se limita a la ubicación geográfica del enfermo. En la mención del sector y del hospital de día, se perfila un modelo de asistencia en el que

la proximidad supone una atención que incluye a esa comunidad que es el enfermo y su familia. Se trata de un espacio terapéutico de ida y vuelta en el que el movimiento del discurso es del hospital hacia esta comunidad, en ningún caso a la inversa.

En la propuesta más extrema, la de la Diputación, lo comunitario se resuelve con la atención en la provincia de origen, unidad administrativa básica de la propia Diputación. La diferencia entre el tratamiento a corto y a largo plazo implica recursos distintos, pero, siendo el mismo el territorio, no son necesarios hospitales diferentes: no hay problema en situar la unidad de agudos en el Alonso Vega y programar allí también las actividades necesarias para crear una comunidad terapéutica destinada a los enfermos de larga evolución. Para psiquiatras y Diputación, la discusión es una cuestión de competencias y de referencias propias -hospital y provincia-. Permanece en el ámbito de aplicación de una comunidad que, de entrada, se acepta limitada por lo terapéutico -un conjunto de servicios y prestaciones que generan un ambiente tal que favorece la cura de la enfermedad mental-. Aquellos lectores que no demuestren un afán tan antiautoritario como la prensa o los psiquiatras podrían no apreciar grandes diferencias en los dos modelos. Tal fue el caso de la Diputación y su traslado de camas.

Esta continuidad funciona en nuestra opinión como motor de avance y de cambio en el encierro de la Ciudad Sanitaria. Aunque la fuente informativa son los psiquiatras, no podemos olvidar su interacción con la intervención de la Diputación, que acepta públicamente el punto de partida que estos proponen. Hay dos temas que se repiten: los efectos de la organización de la asistencia en el proceso de cura y la propuesta asistencial alternativa que modifica esa estructura. En ambos temas la puesta en escena resalta la figura del médico. Este escenario se presenta en prensa como una disposición planificada de recursos técnicos. El intento de la Diputación es precisamente demostrar que el foco no está en el derecho a la salud sino en un problema laboral que pertenece al ámbito privado y es de interés exclusivo para las partes implicadas. Como no hay política, la Diputación solo encuentra un problema laboral y los médicos un problema sanitario. Es la incapacidad de la Diputación

para delimitar el espacio legítimo del contenido a discusión, el conflicto laboral, lo que permite a la prensa y a las instituciones médicas declarar el interés general de la protesta. La identificación con los médicos y su lucha va en aumento conforme consiguen oponerse con la habilidad del discurso en prensa al autoritarismo de la Diputación y expandirse a costa del apoyo de su colectivo -formación y participación en la gestión del hospital-. Las noticias en prensa diaria aumentan según progresa la reclusión y su duración. Otros encierros de ese mismo año fueron desalojados de forma inmediata por la policía. El tiento de la diputación, su demora en el desalojo, debió de considerarse como signo de desconcierto ante el conflicto y facultar, junto con la ambivalencia del carácter laboral o rebelde del conflicto, su publicación en prensa.

En definitiva, al aceptar la Diputación -o al configurarse el conflicto- la identidad colectiva de la movilización, el experto, habrá de aceptar sus argumentos sobre la salud como derecho y la precariedad de la asistencia, especialmente la de los enfermos mentales. Desde las entrevistas que realizamos, y que forman la segunda parte de este trabajo, sabemos que los psiquiatras fueron conscientes de esa retórica. Lograron sus objetivos al expandir la protesta dentro de las estrategias profesionales de su sector, canalizando las reivindicaciones laborales y negociando su participación en los sistemas de salud.

Este proceso enmarcador resulta más continuista de lo que cabría esperar dada la dicotomía de los nuevos movimientos, pero conserva dos límites muy claros. El régimen dictatorial centra su atención en los contenidos clásicos de izquierdas. La reivindicación de los derechos de las minorías se identifica con una crítica incompatible con la protesta laboral, lo que deja a la Diputación sin argumentos. En el modelo clínico la influencia de los nuevos movimientos sociales se palpa en el esfuerzo de evitar la división de crónicos y agudos, separación vinculada a la productividad y a la crítica a los mecanismos de regulación laboral del sistema capitalista. Tal revisión no cuestiona la autoridad, pero sí la lógica de ese sistema que la Diputación entiende como normal. En el otro punto de discordia, un tratamiento psiquiátrico en la comunidad, confluyen en nuestro país el modelo

reformista y la crítica de nueva izquierda. Se opone a una comunidad aislada, tendencia custodial de la Diputación e ideal político del Régimen. Cronicidad y proximidad marcan el límite del consenso en prensa y en la movilización. En el discurso consensuado son el criterio de demarcación entre lo nuevo y lo viejo, lo antiinstitucional y lo autoritario, lo asistencial y lo clínico.

El cambio en la retórica de los psiquiatras hacia el modelo reformista de la OMS reflejó, apoyó, amplificó y divulgó no solo el modelo clínico sino también el cambio social que empezaba y se imaginaba en España. Lo que había de democrático en esa imagen trajo consigo la crisis política y cultural de las sociedades industriales avanzadas. En prensa los psiquiatras consiguieron la simpatía del lector sensibilizado o sensibilizándole con las innovadoras modalidades de represión detectadas por la crítica posmarxista, incluida la locura. En la propia dicotomía con que los psiquiatras narran - y la prensa escribe- la oposición nuevo -psiquiatras, comunidad, democracia, libertad- y viejo -élites, custodia, aislamiento, autoridad- vemos el reflejo de esta crítica disciplinaria que habla a favor de la relación bidireccional entre psiquiatría y sociedad.

Los psiquiatras enmarcan la retórica clásica de las protesta de la fábrica, limitada por la legislación laboral del Régimen, en el antiautoritarismo de los 60. Lo que queda de antipsiquiátrico en la enfermedad mental es la asimilación de la precariedad asistencial a una forma de opresión. Dado el régimen dictatorial, en nuestro país no es el antipsiquiatra sino el tecnócrata quien da cuenta en prensa de la crítica de la política institucional.

VIII. 7. LAS MOVILIZACIONES PSIQUIÁTRICAS DE LOS 70.

Discurso de consenso y separación del ala radical

La divulgación en prensa del conflicto de las Clínicas de Ibiza ensombrece de cara al público general la literatura que se escribió en torno a otros conflictos. Citamos las movilizaciones más relevantes al principio de este capítulo. Reseñadas en un ámbito profesional o con una difusión limitada en prensa diaria nacional, queremos subrayar ahora de manera breve las diferencias que pudieron facilitar la difusión en los medios y limitar la divulgación de las alternativas psiquiátricas a

la opinión pública.

La reforma del hospital psiquiátrico de Oviedo (HPO)⁶¹⁸ empezó en 1965 como un proyecto personal del presidente de la diputación, López Muñiz⁶¹⁹. En 1965 entran los primeros MIR. Al principio, el prestigio del hospital y la potencial formación compensan la precariedad laboral. En el 69 estalla el escándalo Matesa, un caso de corrupción, que causa la dimisión en cadena de parte de la cúpula directiva del Régimen entre ellos el ministro de Gobernación, Alonso Vega. Una de las consecuencias de esta dimisión es el cese de López Muñiz lo que facilita el volcado a la opinión pública de una serie de críticas con el proyecto de reforma del hospital que acaba con la dimisión del gerente. Se abre un periodo de incertidumbre que empeora la situación.

En 1970, se intenta la vía administrativa. El 22 de abril de 1971 comienza el paro que se extendió hasta mediados de junio. Con el objetivo de concentrar el mayor apoyo posible, el núcleo inicial que organiza en el HPO la protesta, agrupado en la Coordinadora MIR, opta por el problema laboral -salarial y docente- de los residentes como catalizador de la movilización. Consiguió un importante apoyo de los médicos del país y los MIR mejoraron sus condiciones laborales. Hubo una segunda movilización en enero del 72 cuyo objetivo era consolidar una de las reformas pactadas en la protesta anterior: democratizar la selección de los nuevos residentes. No logró la expansión de mayo del 71. El resultado es la dimisión de parte del equipo sanitario y la expulsión de los residentes⁶²⁰. Montoya, jefe técnico de la reforma, se traslada entonces a Conxo para reiniciar allí el proceso interrumpido en Oviedo. Como ya comentamos, en Compostela, los grupos de poder local se apoyaron en la prensa regional para organizar un contramovimiento. Entre las crónicas⁶²¹ y las disensiones internas, se bloqueó la reforma de Conxo.

L'Institut Mental de la Santa Creu es el otro conflicto de larga duración y baja intensidad

618 Para un análisis pormenorizado del conflicto: García J, Op. Cit.

619 Arnoriaga TM. La huelga blanca. Sábado Gráfico. 29 de mayo de 1971;730: 1-13.

620 Sobre la reforma del hospital se puede consultar: García González J. La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible. 1ª ed. Gaceta Sanitaria; 2012.

621 Gómez Viñas X y Cayuela P. Fóra [documental]. Santiago de Compostela; 2012.

Bugallo M et al, Op. Cit.

de principios de los 70. Decíamos que detrás de la falta de recursos se encontraba una dirección que quería rentabilizar los terrenos del hospital. El primer encierro toma impulso aprovechando la movilización de las Clínicas de la calle Ibiza. Hay una segunda y última reclusión en el año 73. Se despide entonces a Ramón García⁶²², firme defensor de la reforma. Ramón García recibió el apoyo de las alternativas psiquiátricas nacionales e internacionales. Aún así no consiguió volver al Institut Mental cuya reforma inició un proceso de declive que concluye con su cierre.

Como en los movimientos profesionales y estudiantiles de primeros de los 70, la movilización de los psiquiatras combinó un componente instrumental con un elemento expresivo. Las reivindicaciones incluyeron una negociación laboral pero también una reclamación ética y una reordenación política. Como hemos visto, las restricciones de la dictadura politizan la huelga. Los médicos añaden su representación simbólica de la represión franquista y reivindican derechos civiles

Resulta imposible separar la función instrumental de la expresiva en las formas de organización. El paro y el encierro proceden del repertorio de protesta de la izquierda fabril. Más radical y más arriesgada es la huelga, que separa dentro del movimiento un ala radical. Su uso quedó limitado a la masiva movilización de Oviedo vinculada a las demandas de los MIR. Mientras el Régimen promocionaba la formación hospitalaria como avance y como privilegio, los MIR interpretan la prerrogativa como un sistema de explotación laboral. Desde esta imagen no es de extrañar que se identifiquen antes con los obreros de la fábrica que con el Colegio de Médicos. Del mismo inventario comunista procede la asamblea, columna vertebral del movimiento de los psiquiatras. Funciona como órgano de decisión directo y horizontal que toma decisiones por consenso. Al margen de su función instrumental, los psiquiatras plantean la asamblea como una herramienta política antiautoritaria. La movilización de funcionarios refuerza a través de su estructura la crítica institucional. Por último la asamblea es un instrumento de ensayo, de puentes y de propaganda⁶²³. El

622 García, R. ¡Abajo la autoridad!. Barcelona: Anagrama; 1979.

623 García R. 12 de marzo de 2015[Vídeo]; Entrevista propia.

Rendueles G. 27 de noviembre de 2015 [Vídeo]; Entrevista propia.

hospital general se transforma en una pequeña comunidad en la que se intentan, se comparten, se debaten, se consensúan y se divulgan nuevas formas colectivas de acción.

La formación, la homogeneización de las condiciones laborales, la participación de los médicos en la planificación de la asistencia y más medios para la reforma son los temas que subyacen tras el marco antiautoritaritario que impulsa el núcleo militante. Ya hemos visto que estas peticiones oponen emancipación a represión con distintos contenidos y continuidades dependiendo de las alianzas, redes, fundamentos e interacciones que enmarquen las distintas movilizaciones. Finalmente, influyen en la progresión del conflicto las luchas internas entre intereses y clases profesionales. También la oposición de los grupos de poder local.

Mientras el resto de las protestas constaron de una serie de movilizaciones o de una resistencia sostenida, la protesta de la Ciudad Sanitaria concretó y consiguió sus reivindicaciones en una única movilización. Aunque influyeron más factores, en el caso de nuestro país, sí encontramos una constante, la figura del tecnócrata, única retórica con la autoridad y proyección necesaria para hacer frente a la administración. A diferencia de las Clínicas de Ibiza, el resto de las movilizaciones que no consiguieron o no quisieron centrar su identidad común dentro de las reivindicaciones profesionales de los médicos -modelo clínico y Ministerio de Sanidad- quedaron atrapadas en el ámbito local y a medio plazo, su discurso fue catalogado como radical. El conflicto de las Clínicas consensúa y divulga con médicos y administración un discurso de límites muy claros: un modelo comunitario con base clínica y hospitalaria que responde a los parámetros de la OMS. En base a este límite las posibles redes de expansión califican al discurso de radical o moderado.

En opinión de Comelles, en el caso del Institut Mental de la Santa Creu la debilidad de la dirección y las pugnas internas consolidan, a costa de la expulsión de Ramón García y su reforma asamblearia⁶²⁴ un sector moderado que vuelve incluso problemático el discurso ya de por sí tecnocrático de la protesta de la Ciudad Sanitaria Provincial. El nuevo modelo deja de insistir en el

624 Comelles, J. La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria; 1986, 19, VI:619-634.

matiz de la cronicidad para establecer dos vías de tratamiento, clínico para agudos y asilar, fuera o dentro del manicomio, para crónicos. Esta separación va a funcionar como eje de la nueva división entre radicales y moderados dejando fuera de la psiquiatría las propuestas alternativas.

El movimiento psiquiátrico sostuvo una cierta continuidad en las reuniones informales de la coordinadora psiquiátrica y en los encuentros del mapa de la vergüenza⁶²⁵. La coordinadora es un entramado de relaciones cuyo inicio es la movilización de Oviedo. Herencia también de las luchas obreras de izquierdas, se reactivaba en caso de nueva movilización. Entre conflictos actuó como una red de intercambio de prácticas e ideas a nivel nacional e internacional. Se sostuvo como una red informal que vio en la institucionalización, cuando se plantea y se produce, un obstáculo al carácter antiautoritario del movimiento. En el año 73, el grupo más próximo al partido comunista decide funcionar como grupo de presión renovando las viejas instituciones. En la línea de Basaglia, consolidan su alianza con los partidos de izquierdas para tratar de intervenir en la planificación institucional de una futura reforma comunitaria. En otra dirección, se trató más bien de analizar la institución para evitar trasladar a la comunidad sus formas disciplinarias y sus efectos patológicos. Resulta aquí tentador explicar el conflicto recurriendo al paralelismo con la antipsiquiatría italiana. Comentábamos en el capítulo anterior las dificultades que afrontó Psiquiatría Democrática en su alianza con el Partido Comunista. La izquierda a la izquierda del partido identificó el pacto de Basaglia con una concesión a la autoridad de las élites. Cuando nada bueno puede proceder del sistema de partidos, la integración institucional es un signo de docilidad. Tarrow escribe un desenlace diferente:

“No obstante ocurre a menudo que los movimientos no experimentan la integración que debilita ni la cooptación que corrompe sino que colaboran -mediante coaliciones no siempre estables- con elementos del viejo sistema de partidos. El desenlace de sus luchas es a menudo una reforma: un cambio parcial, frustrante, pero que introduce una pequeña

625 El mapa de la vergüenza se forma tras la primera reunión del grupo de Barcelona con Basaglia en los 1970. Son miembros permanentes Ramón García y Alicia Roig. Participan con más o menos continuidad: Ana Seró, José García, Valentín Corcés y Manuel González de Chávez, el inglés David Cooper, Guattari, Foucault y también Gentis. Celebraron cuatro reuniones, una de ellas en Barcelona en el 1973. Estudiaban la realidad psiquiátrica y su relación con los modelos políticos que las sustentan, legislación comparada, los límites de la comunidad terapéutica, psicoterapia institucional y el sector como eje de organización. Se acaban integrando en el Réseau Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, que como vimos en el capítulo anterior trató de institucionalizar las alternativas psiquiátricas a nivel internacional. García R, Op. Cit.

mejora"⁶²⁶.

En Italia las presiones del ala radical se aplicaron en una doble dirección: la divulgación de la temática de minorías y nuevos valores a la opinión pública a través de los medios de comunicación. La incorporación de estos temas al programa del partido, mediante un sistema de vulnerabilidades y conexiones institucionales. Un ejemplo fue la aprobación de la ley 180 en el año 78.

Como dice Guillermo Rendueles, la alternativa psiquiátrica en nuestro país fue más que nada un movimiento de *"resistencia al manicomio"*⁶²⁷. La movilización de las Clínicas de Ibiza propagó el derecho a la asistencia del enfermo mental y sustrajo a médicos y enfermos del ámbito privado de la familia y del asilo valiéndose de un discurso tecnocrático. La asimilación de manicomio, represión y régimen forjó, como dijo Carmen Sáez, *"un enemigo recio"*⁶²⁸. Hemos subrayado las mínimas fisuras que se abrieron entre protestas. La pregunta sobre si anticiparon o no el entramado de alianzas de lógicas políticas e institucionales que organizaron la reforma de la asistencia durante los años 80 sobrepasa los objetivos de este trabajo.

VIII. 8. EL NÚCLEO ACTIVISTA DE LA MOVILIZACIÓN

En este juego continuo entre psiquiatras, prensa, médicos y Diputación, casi nos hemos olvidado del núcleo que activó la protesta - *"antes se decía militancia, aunque nos sonaba muy mal a todas porque nos sonaba a militar de hombres"*⁶²⁹- En la Ciudad Sanitaria Provincial, en la Cadellada, en el Hospital Clínico de Barcelona o en L'Institut Mental de la Santa Creu la razón para la movilización es la misma: los derechos del enfermo mental sobre el fondo de la crítica a la lógica institucional y el derecho a la diferencia. Nos remitimos a las entrevistas de la segunda parte para dar cuenta de la heterogeneidad de los modelos de locura y de vida que coexistieron dentro de las protestas.

626 Tarrow, S. Op, Cit., p. 364.

627 Rendueles, G, Op. Cit, p. 288

628 Sáez Buenaventura C. Entrevista propia [Vídeo]; 9 de octubre de 2014.

629 Ídem

SEGUNDA PARTE: FUENTES ORALES

ENTREVISTA A ENRIQUE GONZÁLEZ DURO

2 de diciembre de 2013



ENTREVISTA A ENRIQUE GONZÁLEZ DURO.

Madrid, 2 de diciembre de 2013

Enlace: <https://vimeo.com/203703112>

Contraseña: **GonzalezDuro.**

¿Cuándo empezaste tú?

En el año 71 es cuando hay el conflicto. Yo empecé en psiquiatría antes. Entonces no había sistema MIR, no existía. Para hacer la especialidad había una forma tradicional que era pasar dos años de servicio voluntario en una institución psiquiátrica pública, supongo que ahora con el PP, sería privada, o matricularse en una escuela de psiquiatría que eran dos o tres cursos, que era como algo añadido a la cátedra de psiquiatría. Entonces yo me vine a Madrid y empecé con López Ibor, me matriculé en esa escuela oficial de psiquiatría, me parece que se llama así, que eso desapareció cuando se instalaron los MIR. Y tuve la suerte porque yo estaba aquí así como a salto de mata, haciendo guardias, en fin, sobreviviendo como podía, porque no sé si te lo he contado, yo me vine aquí a hacer cine a Madrid.

Espérate, es que me confundo, esto no te lo he contado, he contado ya tanto estas historias. Bueno, yo vengo a hacer cine a Madrid, pero a mí me suspenden en la escuela de cine que había, y entonces digo, yo ya era médico y ya me dedico a eso. Me matriculo de eso, y ya inmediatamente el primer maestro mío, López Ibor, que debió pensar este chico es muy trabajador, muy estudioso, y muy serio muy formal, digo yo, y me propuso ir a su clínica privada de médico interno. Es decir, yo dormía allí y comía allí y me daban, recibía, recibía un dinero que bueno, para la época, teniendo en cuenta, pero me resolvía. A mí me resolvía, eso me daba tranquilidad para atender a los enfermos, estudiar, psicoanalizarme, etc., etc... Y no tenía que estar preocupado, de manera que eso me vino bien.

Entonces, allí estoy un par de años e ingreso en este hospital como becario, la figura de

residente no existía. Después empiezo ya a ser residente y paso. Cuando este hospital se traslada, porque éste estaba en el que es el Reina Sofía, este hospital es el edificio Reina Sofía. Entonces, aquí paso de residente y por un incidente, pero bueno, no te estoy contando mi vida -y además no quieres saber mi vida, me lo has dicho- por un incidente muy curioso y un poco chusco.

Yo me había presentado mientras tanto a bastantes oposiciones y me suspendieron en todas, pero bueno, curiosamente ingreso, paso de residente y me hacen un contrato fijo, indefinido, y por una cuestión chusca que estoy ahí en eso, estoy, me vengo al hospital de acá de becario y de becario paso a residente aquí. Y estando allá, aquí, yo estoy aquí desde el 69 y en el 71 que es cuando se produce el conflicto, dos años después. Yo ya soy médico, ya no soy residente. Yo soy médico como la mayoría, porque también, eso que te contado, hacían falta de médicos, había extensiones, se habían creado muchos hospitales y hacían falta médicos, médicos que estuvieran mejor pagados y que se les exigiera más tiempo de estancia, de trabajo.

Esto es en el 71, o sea, dos años después, no, cuando yo no estoy recién llegado.

¿Cómo estaba organizada la asistencia?

Sí, yo como empecé aquí a trabajar, las condiciones, a pesar de todo, eran horribles. Este hospital, según la legislación de esa época, que eso también es interesante saberlo, era el único hospital público a efectos psiquiátricos de toda Madrid provincia. Es decir, el único hospital de la Beneficencia, porque el hospital de Madrid, público, era también de la Diputación

La Diputación concertaba las camas con los dos manicomios de Ciempozuelos y también mandaba alguno a Leganés, que era, que se parecía a la Beneficencia estatal, una cosa muy rara, que es lo mismo que preguntabas el otro día y tampoco, dejémoslo apartado, lo del PANAP, pero si quieres luego hablamos lo del PANAP. Entonces recibíamos todos los ingresos psiquiátricos, pasaban por aquí y entonces nosotros teníamos que hacer una cura como de guerra, era una especie de psiquiatría de guerra y luego, los que no se curaban, que se curaban, ya decía yo ayer que se curaban muy pronto,

porque el enfermo en cuanto veía lo que el médico quería escuchar pues se lo inventaba aunque no fuera verdad porque le daba la alta.

Pero había algunos que no, entonces se les trasladaba, entonces había una cosa muy curiosa que era el turismo psiquiátrico. Hay dos clases de turismo, el turismo institucional y el turismo psiquiátrico individual. El institucional es que los enfermos que se cronificaban, que no se les podía dar de alta porque no tenían familia o porque la familia estaba mal y se enviaban a distritos. Madrid, concretamente, tenía conciertos con órdenes religiosas. No era suficiente con los dos manicomios de Ciempozuelos y Leganés, y mandaba enfermos a Salamanca. Málaga, era una cosa demencial, demencial, eso es un dato que, ya imaginarás el caos que había con eso.

Otra locura era el modo de ingreso, según la legislación, la legislación era la del 31, de la época de la República, que era un decreto. El ingreso lo podía hacer cualquier médico colegiado, de la provincia respectiva, no había intervención judicial. Un certificado médico bastaba para ingresar sin que el médico de la institución interviniera. Él podía intervenir a partir del día siguiente, podía darle el alta o nota para ingresar o tal, pero en definitiva el enfermo te venía, imagínate si éste era el único centro, por eso tenía tantas camas, si era el único centro médico de Madrid, aunque luego tuviéramos la posibilidad de derivar a los enfermos a otro sitio, la cantidad de enfermos que había. Yo calculo que habría entonces el orden de, te estoy hablando de, comienzos de los años 70. Yo calculo que podría haber al día pues, de 30 a 40 ingresos.

¿Qué personal sanitario había?

Había, especialmente los clásicos loqueros, es decir, los auxiliares, que esos eran tradicionales, llevaban mucho tiempo ahí. Había una monja, que era la que mandaba, hasta que llegamos los jóvenes que ya renovamos o quisimos renovar desde el principio la situación. Régimen cerrado, absolutamente cerrado. El enfermo no salía, estaba ingresado, hasta que se daba la alta no salía, no había nada de ... visitas limitadas. Absoluta segregación de sexos, es decir, los hombres por un lado

la mujer a otro, esa es la situación.

El volumen de ingresos era tanto, y sin embargo, a pesar de que sí habían contratado algún médico, en psiquiatría yo soy consciente, yo estaba a cargo de una planta de 25 enfermos. Cuando yo venía a trabajar como un simple residente, tenía a mi cargo ...

¿Cómo empezáis a contactar con la movilización?

Empezaron a contratar a más gente, se amplió. Nosotros seguimos, pero la situación era horrenda. Era horrenda porque, te voy a dar dos índices, por ejemplo, había colchones en el suelo porque es que, el, la capacidad, y era una cosa recién creada, la capacidad era escasa y había que dar colchones en el suelo. Llegabas a las ocho de la mañana y te encontrabas a seis u ocho pacientes en el suelo durmiendo. Entonces, yo la primera planta no tenía más que una enfermera, una enfermera, una monja que era horrorosa, que era la hermana que mandaba tradicionalmente. Yo creo que luego el personal, los enfermeros, que además los enfermeros era horrible porque los enfermeros eran los que recibían al enfermo, los que recibían, el enfermo ya venía ingresado, la orden de ingreso ya venía dada desde fuera y el enfermo ingresaba. Lo recibía, no el médico de guardia que veníamos después, sino los propios enfermeros. Solamente, tú estabas haciendo la guardia pero no te llamaban como no fuera conflictivo. Y aquello era horroroso.

Aquello era horroroso porque en el ingreso se agitaba el 90% de los enfermos, ¿por qué? Porque llegaban allí en plan nazi, los enfermeros llegaban, no lo hacían de mala fe, pero eso era la tradición de siglos diría yo.

Mira, quítatelo, el cinturón, quítate los cordones de los zapatos, quítate no sé qué, claro, el enfermo que estaba más o menos parado, imagínate, el enfermo que había ingresado en contra de su voluntad en la mayoría de los casos pues se agitaba, porque pensaba que lo iban a matar, pensaba que lo iban a matar. Estaba muy cerca de los hornos crematorios, digo yo, entonces, se agitaba todo el mundo. Bueno, al día siguiente es cuando nosotros, los médicos, veíamos al enfermo. Con la

monja dichosa que luego te ponía el tratamiento que a ella le daba la gana, ponía los haloperidoles sin orden ni concierto, según le parecía a ella, incluso electrochoque, claro se practicaban electrochoque, ¿qué se puede decir más? Horrible, horrible.

¿Qué empezáis a hacer vosotros?

Nosotros, que somos jóvenes, no tenemos experiencia, que todavía no formamos un equipo coherente, pues no hacemos nada, intentamos salir del embrollo éste como podemos. Yo me acuerdo que utilizábamos la morfina como sedante porque en esta situación, la planta de hospitalización, el nivel de hacinamiento era tal que como alguien se agitara, agitaba a toda la planta. Los subnormales, que ingresaban a veces por trastornos de conducta, pues tenemos que echar, meter morfina intravenosa porque era la única cosa que inmediatamente los calmaba, porque si se agitaba un enfermo y gritaba y chillaba el grado de contaminación y de hacinamiento era tal que se armaba un follón de vamos a ver.

En esta historia, te cuento ya un poco en detalle, para que veas la situación, digamos, medieval que teníamos, yo asciendo, por una carambola. A mí que me han negado el ascenso y la promoción repetidas veces, además, mira, la señora López Ibor, que era una tía que estaba allí y tenía 12 hijos, decía que eso de los hijos era una cuestión de servicio, no sé por qué la píldora, porque por entonces apareció en el mercado la píldora anticonceptiva, entonces decía que tontería eso de la píldora, eso es una tontería, si lo primario el saber organizarse y tener un buen servicio. Ella tenía 11 hijos y se pasaba todo el día en la clínica privada del marido. Entonces, como yo trabajaba, como yo había trabajado con ella, pues, pues, a mí me, y la clínica López Ibor, bueno, es que ya me paso de un tema a otro, esto es que es interminable.

Hablábamos del tema de que empezasteis a hacer vosotros

Lo de López Ibor, ya está dicho, que podría contar más cosas, pero bueno, ya está dicho. ¿Qué

podíamos hacer? Pues salir como podíamos, si no teníamos, ya te digo, yo tenía 25 camas para mí solo. Pues yo que sé, trabajar como en la guerra, como un psiquiatra que está en la frontera, como un médico militar que trabaja en una guerra y dice, “joder, si a aquí te vienen heridos por todas partes”, y un poco ese era el plan.

Entonces, el conflicto, poco a poco, paulatinamente se van contratando más médicos y entonces ya la cosa está un poquito más desahogado, pero bueno, el aluvión y la demanda era tremenda. Madrid, su provincia, el único centro público que ingresaba enfermos era éste, que estaba antes, inicialmente estaba en el provincial. Y se produce, como te comentaba yo, cuando las autoridades del hospital, la administración del hospital en general, decide que estas camas de psiquiatría que son muchas, no son rentables porque la seguridad social no paga. Esto era de la Beneficencia, no de la Seguridad Social, era de la Beneficencia provincial dependiente de la Diputación.

Y entonces, mientras las camas, a los demás pacientes, las camas quirúrgicas, las médicas, tal, las tenían concertadas con la Seguridad Social, la psiquiatría no, porque la sanidad, el seguro social entonces no se ocupaba de la asistencia hospitalaria de enfermos mentales, por tanto era un número de camas en un lugar, digamos, céntrico y tal, pensaron que no le sacaban productividad económica, rentabilidad. Es que el tema de la rentabilidad, es curioso porque es muy antiguo, no ha surgido de la nada ahora.

Y entonces es cuando decidieron quitar esto, y poner aquí, cambiar a cirugía o en fin, no sé qué o no sé cuánto, y pasarlo todo al manicomio nuevo que habían creado también simultáneamente que todavía tenía muchas plazas libres porque tenía capacidad para 1200 camas. Entonces ya es cuando, agotados de los cauces reglamentarios, los cauces de protesta, de tal, como decía el antiguo régimen franquista eso de que hay que actuar las cosas por régimen reglamentario, precisamente eso del régimen reglamentario es una terminología militar que se utilizaba en lo civil.

Conducta reglamentaria, es decir, claro, es que esta gente protesta, se queja, pero que recurra a los trámites, un poco te lo dicen los políticos ahora, es decir, que manifestaciones, ni buenas ni

nada, a los cauces normales, a las negociaciones, a los no sé qué. Gente que no quería hablar, hacen como ahora. ¿Quién va a negociar con gente que no quiere ni hablar? Nada, pues entonces con Franco pasaba lo mismo, era absurdo, para que no dijeran que nos saltábamos los trámites, nosotros los agotamos e hicimos un salto.

El salto fue denunciarlo a la prensa. A la prensa le temían como una hoguera verde. A partir de ahí, como no fue suficiente, los enfermos ya estaban trasladándose al Alonso Vega, fue cuando decidimos el encierro, es decir, surgen en definitiva, como te decía el otro día no porque nos iban a quitar algo bueno, era algo malo que podía ser todavía peor. Es decir, acumular en un gran manicomio todos los enfermos era peor. Por lo menos esto, al estar en el centro de Madrid tenía teóricamente, y en la práctica luego se demostró que era la verdad, tenía más posibilidades de evolución. Fue cuando nos encerramos.

Los primeros a los que lo anunciamos fue a la prensa. Ya les mosqueó mucho, porque lo publicaron. Los periódicos que había entonces eran horribles, en fin, no te creas que los periódicos eran... era un periódico católico, que se llamaba el Ya, él Ya nos publicó, y ya la armó, llamaron y ya. Pero ellos seguían con su rollo, entonces dijimos, bueno, pues ya hemos hecho algo, hemos denunciado la situación a la prensa, siempre, como te decía, con reivindicaciones asistenciales. Eso fue clave porque le dio popularidad al conflicto. Y entonces, como eso no fue suficiente lo de salir en la prensa, pues entonces dimos el salto cualitativo de encerrarnos todos. Era una respuesta distinta a la huelga. En la época franquista hacer una huelga era muy arriesgado. Un encierro, eso no había precedentes, fue la primera vez que en este país se encerraba un grupo de gente a protestar, en cierto modo era como una especie de huelga japonesa, de trabajar más, pero les quitábamos el arma represiva porque nosotros no desatendemos a los enfermos ni dejamos de trabajar.

¿Por qué se os ocurrió lo del encierro?

Pues lo discutimos, supongo que lo discutimos, ya estábamos de plantilla ocho, como tú

has leído ya en la prensa, ocho, más luego ya unos cuantos se vienen de voluntarios y el personal que también se recluyó en su mayoría, curiosamente, como táctica represalia a los médicos, nos despidieron a ocho médicos, y al personal no se le tocó. Como siempre hacen, tratar de dividir a los del frente. Pero no lo consiguieron.

Nos despiden, que ya te conté que fue tremendo, porque nos despiden con dos matices. Nos despiden administrativamente. Mandan llamar al gerente del hospital, no sé cómo se llamaba la figura entonces, para conminarnos a salir. Nos desalojó, encima nosotros no sabíamos porque había enfermos que todavía no se habían trasladado. Fue la policía la que nos detuvo, no violentamente porque nosotros en cuanto entró la policía pues naturalmente, la policía que era la brigada político social la que se presentó, no creas tú que, la político social, que yo estaba de guardia y le salí al paso. Ya te contaba anteayer que me dieron un, que casi me tiran al suelo, vamos. Un policía que me dijo, ustedes a dónde van, quítese del medio.

La brigada político social sería muy difícil describirla objetivamente, pero yo creo que se distinguían, es decir, eran gente que se veía por sus tosquedades, por su automatismo, por su despotismo. Entonces nosotros para evitar, porque nosotros teníamos miedo, a ver si estos ahora nos van a detener, si nos llevan a la cárcel o nos detienen. Entonces nos adelantamos a eso, yo creo que lo hicimos bastante bien. Entonces nos presentamos nosotros para presentar la denuncia antes de que nos denunciaran a nosotros. ¿Por qué? Por obligarnos a abandonar a los enfermos sin que quedará a cargo de ellos nadie, ni siquiera el médico, por supuesto que la denuncia nuestra la archivaron pero impidió que nos denunciarán a nosotros, lo cual hubiera sido entrar en la maquinaria franquista y hubiera sido más difícil.

Nos despiden y entonces, como esto se hace en verano, con alevosía y tal y cual, nos despiden con todo, con la prensa en el hall, porque ya te contaba que hicieron la torpeza de mandarnos, de decirnos que la policía iba a intervenir e iba ir en plan duro. A nosotros nos pareció muy bien, como contábamos con el aviso, como era un sábado en pleno agosto, imagínate, quien había en Madrid.

Incluso los periodistas, que teníamos casi de guardia permanente allí, igual no había nadie. Como nos avisaron, nos dio tiempo de avisar a los periódicos y se presentaron todos. Con lo cual pues salió en todos los medios.

No sé si tengo una revista, mira, si, aquí la debo de tener. No sé si esto, no esto no es, no sé qué demonios es esto. No, es que hay una. Mira, ¿ves? Éstas una revista...espérate que estamos en primera página. Ah, sí, hay fotos, fíjate que es cuando nos despiden y estamos en la calle. Y fue cuando nos despiden.

Atravesamos todo Madrid en pie hasta las Salesas para poner la denuncia. Con lo cual nosotros, la policía se quedó con todos los grises aquí puestos, todos los grises. Nosotros no hicimos resistencia, pero tenían que subir a echarnos, es decir, dijimos que nosotros voluntariamente no nos íbamos, nos tenían que echar. Mira, si quieres por ver un poco, haberla pero no aquí, coge lo tú y lo ves más cómodamente. Eso pasó en el 71, hoy no sería posible eso.

Sábado Gráfico era una revista extraña, heterogénea, pero el director era un falangista antiguo y tenía cierto, es decir, tenía influencias dentro del régimen y amistades y relaciones. Entonces él se permitía hacer determinados temas más o menos conflictivos, los podía sacar sin que le pasara nada. Esto explicaría un poco el por qué. Y no solamente en este periódico, en este conflicto, sino que en muchos conflictos sacó otra que me acuerdo ahora, en Burgos, Burgos, donde sacaban a los enfermos, los alquilaban a los campesinos de los alrededores, estaba en Oña el manicomio y los sacaban en, lo alquilaban a los campesinos de las comarcas cercanas al manicomio, pero no les pagaban, les pagaban a las monjas y a la administración, parecía que eran esclavos, les trataban como...

Entonces éste, me ha faltado quizás esto. Entonces, toda esta conflictividad, tienes que añadirlo, la conflictividad, los propios periódicos con sus denuncias. Por ejemplo yo me acuerdo que el redactor que se ocupaba de esto había sido un antiguo jesuita que había estado en el manicomio. Se presentó allí, en el manicomio de Oña, como un antiguo alumno del monasterio porque aquello había sido un monasterio de jesuitas. Luego lo hicieron psiquiátrico, y entonces, se fue hasta allí, le

enseñaron todo, le explicaron todo, fue una denuncia tremenda.

No te he dicho pero también fue importante. Es decir, que la prensa por su cuenta, también informaba del conflicto nuestro y de otros, y sin conflictos. Es decir, denunciaba, en el sentido de meterse en la cárcel. En realidad se metieron a otro, no me acuerdo ahora, se metieron allí, se hicieron pasar por enfermos un par de periodistas y luego hicieron un reportaje tremendo.

Todo esto hay que verlo como estaba impregnando a la opinión pública y por eso explica que los periódicos hicieran eco de todo esto y que ellos incluso denunciaran por su cuenta y riesgo, denunciar determinadas, como pasó, entre otras partes, en Valencia. Ahí sacaron varios reportajes tremendos. Yo creo que queda un poco más claro.

¿Esto sucede con la psiquiatría o sucedía también con otras profesiones?

Bueno, en esa época, más o menos en esa época si coincidió con lo que se llamó entonces, como sabemos tanto de historia, hubo varios conflictos que le llamaron profesionales, tanto la enseñanza, en la medicina especialmente psiquiatría, la enseñanza, abogados, profesionales, es decir, a lo que se añadía a su vez a toda la conflictividad social del movimiento obrero por una parte y de la autoridad ante la Universidad. Es decir, había un clima, ya te había dicho que todo esto sucede en una época en la que Franco vivía pero en la que el régimen estaba ya muy desmoralizado, no era el régimen de los años 40.

Cuando nos echan, entonces había mucho más corporativismo médico que ahora, se consideró a todo el mundo, colegio médicos incluido, pues consideraron que esto no se podía hacer esto de entrar la policía desde la calle y tal, entonces aquí en este hospital pues se hizo una asamblea general con todos los médicos de todas las especialidades. Como tuvieron la torpeza que te contaba de que llamaron también a la policía y lo disolvió, aquello generó una indignación tremenda pues se encerraron todo el hospital. Y entonces, la cadena de, y eso unido a que el despido nuestro no fue exitoso para ellos porque los que estaban de vacaciones y no podían despedir porque no habían

participado, vinieron y la segunda fase que viene en esto, y se encierran también.

Eso les desarmó absolutamente porque ya a ver que decían. Ellos querían traer médicos del Alonso Vega, pero no quisieron, salvo uno o dos no quiso nadie ir, porque era un poco como desprestigiarse. En la medida que nos despidieron, los que llegaron de vuelta de vacaciones, que se encerraron, es decir, se da una situación en la que unos estamos despedidos pero no en nuestra casa llorando sino viajando. Entonces empezamos a dar información a todos los hospitales, con lo cual, tú lo has visto en los periódicos, fue creciendo el número de encerrados en toda España. No solamente en psiquiátricos sino también en hospitales generales, en Barcelona, prácticamente todos, es decir, se calculó, que fueron casi diez mil médicos encerrados. Era un problema ya de orden público vamos, es decir, que preocupó al gobierno.

Todos los despedidos nos dedicamos a viajar, es decir, no nos quedamos en nuestras casas lamentando nuestra triste situación. Si no que nos fuimos a viajar, y la gente estaba aceptando, esto no había pasado nunca, desde la guerra, esto había pasado jamás. Comprenderás, que en resumidas cuentas el conflicto se ganó.

Tienes que situarse en esta época porque esto fue un auténtico boom. Los periódicos es que vendían periódicos, se vendían. En aquella época eran horrorosos, no se podía leer más que la política internacional, es que la política nacional era, entonces, por primera vez en un conflicto serio que no era directamente política.

Tuvimos no la habilidad, sino la sensación de que si planteábamos en términos políticos el conflicto acabamos de la cárcel. Entonces lo planteábamos como mejorar la asistencia a los enfermos y esas cosas. Y bueno, el conflicto se ganó, y yo, tuvimos siempre la impresión, por comentarios que recibimos de que fue el propio gobierno, que se alió con Franco, el que dijo que se acabara. ¿Cómo? Concederle lo que piden. Entonces nos concedieron, ganamos más de lo que pedíamos.

Primero, que se detuviera lo que había movilizado, que se acabara el traslado de enfermos, el retornar de los enfermos, por supuesto, despedidos readmitidos sin que constarán en el expediente

que habíamos sido despedidos. Y luego una formación de una comisión paritaria, que fíjate tú que esto era, en esta época era muy avanzado, es decir, para que nosotros democráticamente, médicos del hospital este..., estuviéramos con López Ibor, que fue cuando López Ibor dimitió, era el jefe.

Que también sirvió para eso. El jefe, que tenía esa figura tan extraña que era excedente en activo. Excedente para no trabajar y activo para cobrar esa realidad. Entonces, eso nos planteamos. Nosotros no hacíamos un conflicto para dejar las cosas como estaban. Teníamos una fuerza enorme y ya tenemos que aprovechar este impulso para mejorar esto. Entonces ahí sí se inicia, en este hospital alguna reforma que incluye el hospital de día a un nivel y luego la liberalización de los encierros de la planta de hospitalización completa.

Uf, había una experiencia, había una mezcolanza, yo creo que hubo una conciencia. No lo hicimos porque habíamos leído los libros, ni al revés, quiero decir, que nos vino bien, que coincidió, entonces es que, nos daba una, un cierto apoyo moral y real de psiquiatras muy conocidos que habían escrito libros muy, muy, muy difundidos y su traducción al castellano nos dio una cierta seguridad, una cierta base,

¿Os cambia a vosotros?

Sí, la protesta iba encaminada a hacer de alguna manera, en general, también el objetivo era convertir todos los servicios en comunidades terapéuticas al estilo de Basaglia, asamblea diaria, una mínima autogestión por lo menos de algún aspecto de los pacientes, liberalizar el alta, el régimen mixto y todo eso. Hasta entonces funcionaban dos servicios, todo el pabellón era dividido en dos servicios por el jefe de servicio nombrado a la antigua usanza de la época franquista. Como López Ibor dimite y todas estas cosas entonces se crea, esta otra cosa que no te conté pero que también es novedosa e incluso avanzada para la época aquella y para la actual, porque entonces los médicos que, digamos por decirlo así, más combativos, menos conservadores, al retirarse López Ibor se quedó una plaza vacante, porque él era jefe de todo pero al mismo tiempo era jefe del servicio de mujeres.

Entonces nosotros hicimos una, es decir, conseguimos, no era legal pero lo conseguimos, entonces pasa como ahora, todo es legal, todo es legal, Franco todo esto, pero claro, hay que hacer funcionar la ley, que es esto, ya sabemos que todo es legal, pero no nos gustan esas leyes, o sea, estamos contra esas leyes.

Y entonces, fuera de toda legislación y toda ley, logramos que los psiquiatras más tradicionales y la parte más tradicional de esto, se quedara un poco tal y se creó una vida nueva donde el jefe fue elegido por elección democrática, esto no te lo dicho, pero eso sí fue una novedad que no se ha vuelto a repetir.

No, eso ya fue después de morir Franco. Porque ya se solapa, todo esto se va solapando, los conflictos. Ya creo que te dicto una primera parte de conflictos que se prolongan y luego una segunda parte de solidificación con la expectativa de que con la democracia pues se iba a poder trabajar mejor y con menos restricciones. Hasta tal punto que aquí se crea una sección que se llama psiquiatría extrahospitalaria, lo cual demuestra ya que ya íbamos buscando lo extrahospitalario donde el jefe se elige por votación democrática, y lo aceptan.

Es decir, esto te da un índice de la fuerza que adquirimos. Eso ya era, quiero decir, porque algo democrático en la época de Franco no hubiera sido muy tolerado.

No, esto ya fue después de la época de Franco, pero aquí, los que regían la institución, como las elecciones municipales no se celebraron hasta el 79, desde el 75, aunque Franco estaba muerto, aquí seguía la estructura política de las diputaciones, de los ayuntamientos, o sea, igual, hasta el 79. Por tanto las autoridades eran franquistas, pero ya unos franquistas que ya estaba muy desmoralizados, y que cuando se murió Franco estaban todavía más, es decir, yo estoy siempre en desacuerdo con esa historia de la ruptura. Se hizo lo que se hizo porque si no, no, no. No, yo, mi conciencia es que la muerte de Franco lo que se situó fue el continuismo.

Y la prueba gráfica es que el rey, se puso un rey que estaba nombrado por Franco y que a su vez nombró al jefe de gobierno que tenía Franco. Lo que pasa es que se produjo una efervescencia

popular de huelgas, manifestaciones, todas estas cosas, que nosotros nos integramos en eso, es decir, que no era movimiento aislado, por eso tuvo tanta proyección y fue la, no sé por qué te comentaba, quien se cargó el franquismo en general fue esto, es decir, que yo discuto muchísimo con esa polémica que se armó de ruptura, reforma. Es decir, las consecuencias de la reforma las estamos sufriendo ahora porque lo que se hizo fue una evolución del franquismo, no una ruptura con el franquismo que había hecho ya Portugal por ejemplo un año antes o dos.

Por tanto, después del franquismo, pues te encontrabas la misma policía, los mismos militares, los mismos tal, no es que si no hubiera habido golpismo, no, oiga, aquí hicimos la reforma y sin embargo hubo golpismo.

Y los militares eran todos golpistas después de la muerte de Franco y todos iban a la Zarzuela, todos los días, y día sí, día no, y el de en medio también. Es que la historia no hay que tergiversarla, por mucho que los que estaban ávidos de un poquito, de un trozo del pastel y que por eso pactaron la ruptura, hubo mucha gente que estaban contra, que no votó la constitución y no votó el tal. Estábamos contra de eso y que defendíamos la ruptura, es decir, ruptura con el pasado.

Se hubiera evitado la paradoja de que si entramos un sistema democrático, nuestro antecedente inmediato es la República, y sin embargo al cabo del tiempo, esto ha sido presentado como una especie evolución de Franco, que no era tan malo. Efectivamente, los últimos años por desmoralización, o porque hubo una mejoría económica importante, porque hubo un progreso social al margen del coste político. Por la inmigración, por el turismo, por una serie de cosas. Ahora lo vemos clarísimamente, el continuismo, es continuismo del franquismo.

Ese tenía que haber, y la amenaza como se dice y si hubiera habido un golpe de Estado, no, muchacho te equivocas. No sabemos lo que hubiera pasado si hubiera habido ruptura. Lo que sí sabemos es lo que ha pasado por la reforma. La reforma es que el intento de golpe de Estado existió con la reforma y que los militares, que estaban desmoralizados, se remoralizaron porque están apoyados por el rey, y yo, para mí, no es una cosa absolutamente académica, es decir, es importante.

Entender que el rey fue el principal golpista, para mí no es el tema pero fue el general golpista, y desde luego los militares se envalentonaron por el rey, que era su jefe, capitán general de los ejércitos.

Esa disputa entre reforma y continuidad, en esa época, ¿la hubo también en el ámbito psiquiátrico?

Nosotros, volviendo a la analogía, nosotros queríamos cargarnos a los cátedros. Eran los principales, es decir, nuestros enemigos simbolizados en la psiquiatría tradicional. Escenificaban el manicomio como sustitución más emblemática, pero al mismo tiempo con los cátedros de psiquiatría que eran unos zotes absolutos.

¿Qué queréis cambiar de los cátedros o de los manicomios?

Nosotros lo que queríamos era, evidentemente, que se hiciera por mérito, no por enchufe. Porque se había creado una casta, los catedráticos tenían que estar haciendo la pelota al catedrático durante años y decir, como dice mi maestro, hacías tu tesis, tus escritos, es decir, tenías que nombrar maestro, si no nombrabas maestro no subías.

De hecho, yo no soy de ese sistema nunca y podía escribir lo que me daba la gana siempre. Mientras que los que querían ser catedráticos tenían que escribir lo que le gustaba los catedráticos y los catedráticos eran unos zotes, eran unos analfabetos casi, o sea, fíjate tú, cuando me vienen a decir al cabo de los años que si la reforma, que si la ruptura, si ellos mismos estaban acobardados. Lo que es paradójico es que cuando llega el PSOE, aunque ya nos estamos metiendo en otra fase, los psiquiatras tradicionales, los catedráticos tradicionales piensan que los van a cesar, o que se les va a quitar poderes, y resulta que aquí nos persiguen a los que estamos a la izquierda de la izquierda.

Guerra decía aquello -menudo pájaro, menudo pájaro- que a su izquierda solamente estaba el precipicio. Pues nosotros estábamos en el precipicio. Entonces, quiero decir, cuando llega el PSOE, pero si es otra fase, que adelanto poquito, se dedica a perseguirnos más a nosotros que a los de la derecha. Situación que no ha cambiado mucho, ahora pacta mucho más con el PP que con los

movimientos sociales.

¿Qué pasa con vuestra reforma?

Bueno, ahí ya, como nosotros en esa fase ya se había muerto Franco, siguen dándose conflictos pero ya bastante menos que en la época de Franco, ya nos dedicamos, como decía el otro día pues un poco a, consolidarnos nuestra posición. Tomamos la asociación, vamos, no la tomamos como si fuera el palacio de invierno, quiero decir, llegaron las elecciones y nos hicimos con el poder ahí. Queríamos, teníamos ya instrumentos. A estudiar, a leer, a escribir, a organizar las jornadas, Nos estábamos preparando en la ingenua creencia de que el porvenir iba a ser mucho mejor que de dónde veníamos, quiero decir qué el pasado. Por tanto vamos a esperar que la democracia nos iba a traer, iba a trabajar en la misma dirección que nosotros. El PSOE gana las elecciones que contaba el otro día.

¿La dirección de trabajo vuestra?

Bueno, ahí ya, cada centro, según sus características especiales, pues tampoco había una norma concreta. Pero es que ya nos metemos otra vez en el 86, entonces, tú te interesas más por el 80... Es que la historia no se corta en trozos.

La asociación, por ejemplo, elabora un plan, que elabora de forma de distintas comisiones, y elabora un plan de reforma de la asistencia psiquiátrica. Hay una comisión que se pone a tal, que es evidentemente de gente de izquierdas pero gente que funciona, en función de una institución que era una asociación de ciudadanos, no dependía directamente de ningún poder político ni de ningún partido político, aunque podía haber gente de distintos partidos políticos.

¿Qué puedes hacer en el hospital de día por ejemplo?

Es que cada centro, yo he contado más lo que yo hice y donde yo estaba lo que se hizo, pero en función de las circunstancias y los medios que tenían, todos íbamos en la misma línea por resumirlo

un poco. Te diría Basagliana. Porque lo que yo trabajé, era más en profundidad, como que yo estaba más próximo a Laing y Cooper, a la antipsiquiatría inglesa.

Otros lo que hicieron es reforma, porque al fin y al cabo yo no había trabajado en un manicomio. Yo estaba en sentido privilegiado, a mí me dieron, después de la lucha, conseguí un hospital de día partiendo de cero. Y cuestionando el saber tradicional. Lo que creíamos es que la gente estaba preparada, pero es que eso era horroroso, porque estaba muy mal preparada, era una psiquiatría tradicional absolutamente deleznable. Por lo tanto a nosotros, aunque la gente no supiera nada, consideramos que teníamos que formarnos en otra dirección distinta.

En cada sitio, yo no sé exactamente, se hacía lo que se podía, pero trabajando en esto. Se instalaba un poco la asamblea, una cierta autogestión de los enfermos, régimen mixto, liberalizar, a régimen abierto, semiabierto, etc. etc. Entonces dio detalles de cada centro ya no sé exactamente, pero vamos, todos tenemos esta historia.

En el 79 se celebran las primeras elecciones municipales que abarcan también las Diputaciones de las que depende la existencia de la psiquiatría pública por lo menos en la hospitalización.

Y entonces, el PSOE, en coalición o no con el Partido Comunista, porque Izquierda Unida no existía entonces, ganó nueve provincias. Esas provincias eran nueve y en cinco se hicieron reforma. El PSOE entonces estaba demostrando, quería demostrar que podía gestionar la sanidad pública y de una manera muy progresista. Como la psiquiatría estaba de moda, pues entonces ellos querían, entonces es cuando nos mimó a nosotros. Ahora, una vez conseguido el poder absoluto, echarnos al cesto de los papeles porque eso fue lo que ocurrió. Entonces se crea esta escisión, por lo cual en los 80, unos juegan a lo que se llamaba entonces el posibilismo, que era, y que ahora sería el PSOE. Ingenuamente o no tan ingenuamente porque era una manera de coger un cacho, o ingenuamente, tampoco quiero analizar la conducta de cada cual.

El caso es que se crea una escisión en el movimiento digamos reformista por decirlo así. Se crea una escisión por la cual uno se hace con el poder. Cuando el PSOE tiene el poder, se crea una

especie de reforma que es la psiquiatría comunitaria. Sí que me interesa resaltar que es diferente al modelo tecnocrático donde se hace por ejemplo la externalización de los enfermos por un sistema totalmente distinto, opuesto, al que yo había seguido en Jaén. En ese terreno que transcurre desde las elecciones democráticas a las primeras elecciones generales que gana el PSOE que fueron dos años, en fin, dos años en los que yo viví en Jaén. Y como yo Ramón García, Luis Cabrera en Barcelona, Chávez en Sevilla, etc. Los pocos que habíamos nos quedamos en el paro. Y nos llevó al paro porque nos ponían unas condiciones que tenemos que hacernos del partido. Hubo una revolución, una especie de protesta generalizada, otra vez, el movimiento nacional. Esto es inadmisibile.

Reivindicación, es decir, funcionamiento como comunidad terapéutica, con la novedad de que así como en Inglaterra, que tenía precedentes, había sido un régimen de proyección completa, nosotros asumimos el riesgo de que la comunidad terapéutica debía ser abierta al exterior, con un régimen voluntario del darse de alta. Esto causó una gran sensación en medios de comunicación, y nos sirvió de mucho porque, frente a la administración, cuando recibíamos los embates represivos, y nos querían liquidar, entonces llamamos a los periódicos. Hicimos esa experiencia de vanguardia, a punto de ser anulada por la administración, esa era la fuerza que teníamos.

Voy a aclarar, tú has leído a Obiols, después de haber oído a Obiols, las tonterías que dice etc...tantas tonterías había oído decir, que no tenía ni curiosidad de verlo siquiera, pero no a él solo, en Francia, fue a Anteller... muchas tonterías, todo para demostrar que se habían leído varios textos, o se lo habían leído con ellos y comentaban eso para luego ponerlos a parir, que eso no servía para nada, que no eran enfermos. El rollo era que no eran enfermos porque nuestros enfermos funcionaban mucho mejor a nivel social porque estaban a régimen de no sometimiento ni de represión, sino que se trataba de fomentar la libertad y la emancipación de las personas. Los enfermos, como te decía el otro día, los nuestros eran más guapos que los de ellos, tenían mejor aspecto, no correspondía a la imagen tradicional del loco, el loco del manicomio, hecho polvo, sucio, desastrado.

Verificación de la locura, otro concepto, el concepto de distancia de la locura, de cómo hacer

caso al paciente al máximo, pero no tanto que te contagiara. Contagio psíquico, como diría Vallejo Nájera. Entonces era un concepto con el que era un criterio para trabajar. Esto no lo veías con medida de cinta métrica, como comprenderás, pero que sí era fundamental en eso, y la verificación de la locura. Reivindicación y verificación de la locura, en la institución que venía a ser de cura, donde los casos incluso aún más graves se trataban siempre y cuando fueran en el requisito de la voluntariedad.

Aquí se podía estar loco, se podía pasar, no se exigía a la gente más de tres días. Pensábamos que la locura era una condición humana. Eso nos ponía al loco, en función, en relación, o en posibilidad de integración con respeto de las personas llamadas normales, en donde el límite de la locura y la normalidad no está claro, por lo tanto era un concepto acientífico, de una ciencia absolutamente deleznable. Con lo cual era progresivamente aceptismo, no sé si la palabra está clara, el concepto.

La locura era un término popular, suficientemente ambiguo, para no ser decisivo, tan decisivo como un diagnóstico, si no que se podía hablar en términos coloquiales, donde tenía múltiples acepciones. No necesariamente todas negativas: porque sí, hay loco de atar, loco de no sé qué... pero también loco de amor, loco por la música,... todos están un poco locos, un gramo de locura..., es decir, intentábamos de alguna manera socializar la locura. La creencia, la vivencia, que se puede, que en la medida en que la locura era compartida, aceptada y compartida por otras personas que figuraban oficialmente como personas normales, la locura era menos locura por el hecho de reconocerse como locura. No sé si el trabalenguas está claro porque la locura compartida era siempre expresada y compartida, era siempre menos locura que la locura vivida en soledad, que es una experiencia espantosa. Y sigue siéndola, por el hecho de reconocerse como locura, compartida por los enfermos, ellos mismos se defendían como locos.

Cuando se forma, con enfermos, justamente del hospital de día, independientemente ellos forman una cosa que se llama Colectivo de Psiquiatrizados en lucha, asimilando el movimiento de la cárcel, la COPEL, dan conferencias...no dependen de nosotros. Ahí ellos tienen su discurso, desde la locura. El discurso que teníamos nosotros era de la locura, pero no desde la locura, por lo

menos no de la locura manifiesta y rara. Porque aceptamos que nosotros también teníamos gramos de locura. Hubo una anécdota, este psiquiatra argentino que dijo: el grupo nuestro estaba demasiado psicotizado, estábamos demasiado contagiados. Lo cual era un concepto muy médico.

El médico heroico que se contagia la lepra... Salvando a los tal... En cierto modo era paradójico porque nosotros reivindicamos la función médica. Si la psiquiatría se ha cargado oficialmente en Alemania... era la psiquiatría hegemónica del año 30 en todo el mundo. Nosotros reivindicamos nuestro papel de médicos, pero médicos en el sentido de ayudar a los demás. Y no se puede concebir que por mucho que tú sepas de locura, el resultado final sea el exterminio. Serías un carnicero o un torturador, o un policía.

En Francia en aquella época, se estableció un nuevo término, una palabra un poco rara, la obligatoria, eran los guardias. Se estaba en contra de eso. Por eso la palabra antipsiquiatría tiene sentido, estaba en contra de la psiquiatría tradicional representada en el manicomio. Y la ideología psiquiátrica, científica, que más que científica era ideológica, y sigue siéndolo... Entonces el término de la locura es también tan ambiguo que no se correspondía.

Al mismo tiempo buscábamos alternativas. No al manicomio. No al exterminio de los enfermos. No a la represión. No a que el sistema nos utilice como policías de la conducta humana que no es delictiva... porque, claro, al manicomio iba la gente que violaba leyes no escritas, porque si violaba leyes escritas iba a la cárcel. Era violación, eso era muy ambiguo, también era muy ambiguo, lo de las leyes era muy ambiguo.

Las condiciones de las familias con los enfermos. Para encerrarlo, quedarse con la herencia, como pasaba en la psiquiatría privada mucho, por ejemplo. Yo creo que fue una práctica, no fue una idea. En el caso de los que estábamos aquí, por lo menos en nuestro caso. Luego cada cual, según las circunstancias, los medios, el número de enfermos porque evidentemente no es lo mismo trabajar en un manicomio con mil camas que trabajar como trabajábamos nosotros con un máximo de enfermos, que teníamos cuarenta, estábamos apretadísimos. El espacio no daba para tanto.

Esta experiencia yo la viví también, pero como nos quedamos en el año 80, la experiencia de Jaén, que es otra experiencia en la que yo participo también. Nos enfrentamos a otros problemas, otros conflictos

¿Sobre qué modelo trabajabais?

La locura no es para quedarse loco, la locura es para expresarla. Yo creo que lo que se expresa, y en eso podríamos estar de acuerdo con Freud, y lo que se expresa, es saludable. Y si tú expresas la locura con gente que la puede entender, que no la rechaza, ni la reprime por sistema, como hacía la psiquiatría tradicional, si tú dices que te persigue quien sea, entonces tú le das medicación a tope. Eso quiere decir que tú no aceptas la locura. Se acepta como eres, pero el objetivo es que superes eso y encuentres mecanismos a través de la solidaridad, de la comprensión, del apoyo mutuo, de una serie de cosas. El criterio de curación era establecido en la emancipación, lo cual significaba vivir fuera de la familia.

Era una época en la que era más fácil encontrar trabajo que ahora. Ahora hay mucha gente que depende de la familia no porque esté enferma, pero es que entonces quien permanecía con la familia eran los que estaban enfermos. Había una resistencia de la familia a que ese individuo se separara porque ese individuo era funcional, aun dentro de su patología, o con su patología, era funcional en la homeostasis familiar. El sistema familiar, que también era cuestionado, pero por otros autores, el sistema familiar no era un sistema perfecto. Se ponía en cuestión también a la familia.

¿Qué tipo de relación había entre médico y paciente?

Nosotros sí distinguíamos por ejemplo los roles. El enfermo no se diferencia, por decírtelo en una frase breve, pero que se entendía muy bien entonces, el enfermo no se diferencia del médico y del terapeuta porque esté más loco uno que otro. Incluso había gente que, no mucha, pero alguna gente hubo, que pasó de enfermo a terapeuta viceversa, dos o tres casos, entonces, la diferencia está en el

rol.

Yo estoy aquí en este ámbito de convivencia con pacientes. Mi rol es ayudar a la gente porque esa es mi profesión y mi vida privada está fuera, es decir, no son amigos. No somos amigos, es decir, yo tengo mi vida privada y yo aquí no hablo de ella. Los pacientes no tenían por qué saber tus circunstancias personales. Si las sabía era porque las sabían por otros conductos pero no en base a ti. Tú dejabas fuera tu personalidad, en la medida en que era posible, porque eso también es relativo, procurabas dejar fuera tu propia conflictividad.

Claro que se producían grados de intensificación con los enfermos, por supuesto que sí, de ahí este conflicto de la locura. Es decir, ese rol te va a marcar por esos dos puntos fundamentales, del loco está aquí para que, para ser ayudado y tú estás aquí para ayudarlo, está claro. Él tiene que poner su vida en juego, manifestar su locura. Tú la locura que tengas, si es mucha o poca, no la puedes manifestar porque no puede haber confusión. Cuando se habla de un término que entonces se usaba mucho que era la confusión de roles no se refería a eso.

Los cátedros estos como Obiols, decían barbaridades. La confusión se refería a que dentro del equipo un enfermero, una enfermera, un asistente social, un psicólogo podía prestar más asistencia que un médico. Depende de las disponibilidades porque el médico puede estar de permiso, podía estar fuera, lo que sea. La base es que todo el equipo atiende a todos los enfermos y está informado de la situación de tal. Por tanto esa es la confusión de roles, no decir, esto para tal.

Se llega la aberración actual de poner incluso seguratas en los servicios psiquiátricos, lo cual me parece un disparate. Cualquiera puede reducir a un enfermo si se agita, incluso el médico lo puede hacer. O lo puede hacer su terapeuta porque lo conoce. Y porque lo conoce, la represión va a ser menor represiva, va a ser un control porque lo conoce. Yo ha habido muchas veces que ha habido que reducir algún enfermo y se le ha inyectado. Está cinco, diez minutos y luego te da las gracias porque el acto represivo en sí mismo tiene un valor terapéutico porque te da las gracias un señor que tú lo que has hecho ha sido controlarlo. ¿Por qué te da las gracias? Porque él no se puede controlar y tú sí.

Al final el control es más o menos represivo. No éramos ángeles, pero eso tenía un valor terapéutico. Tú tenías al paciente y te quedabas con él, no hacías lo que se hace ahora algunos sitios de ponerlo en una celda de aislamiento, que me parece un disparate. Yo siempre me he opuesto a esto.

La medicación, nosotros ni los antipsiquiatras en general, no estábamos en absoluto en contra. No somos tan antiguos que si a un individuo le duele la cabeza no le damos una aspirina o si no duerme no le damos un hipnótico. Si está angustiado no era lo principal el tratamiento, las dosis mínimas. En mi práctica siempre he tenido entonces y después historias de empezar con dosis mínima y si no eran suficientes, he subido. Cuando un medicamento empieza con dosis altas en el paciente se produce todo lo contrario. Después decirle que hay que rebajarle la dosis, no. Ese medicamento ya está puesto, por tanto, para subir, y eso es muy fácil en la relación médico enfermo, porque tú le dices, “oiga, le voy a dar esto, te va a sentar bien, igual no es suficiente y tenemos que subir”. Eso se acepta mucho mejor que al contrario, por lo tanto se tomaban un medicamento, pero no era la base del tratamiento, era simplemente que estamos en el siglo XX, aunque ahora estamos en el siglo XXI. En el siglo XX ya había algunas cosas que podían tener utilidad.

Se tomaban, no era lo fundamental, se daban dos dosis por la mañana, como yo estaba en el hospital de día, pues una por la mañana, otra después de comer y la tercera toma en su casa. Y además se procuraba la monodosis, si por ejemplo se utilizaba mucho el Meleril, que luego a Lilly no le gustaba el Meleril porque le hacía competencia y lo retiró. Yo creo que un psiquiatra, incluso el tradicional, lo que tiene que saber es utilizar los medicamentos. Si supiera utilizar los medicamentos se daría cuenta que el mejor neuroléptico que existe en el mercado, guste o no guste, sigue siendo el haloperidol. Lo que pasa es que hay que saber usarlo, hay que saber que son las dosis terapéuticas, las dosis tóxicas, hay que conocer el medicamento y no fiarte de lo que te diga el laboratorio porque laboratorio va a preferir el último que ha salido al mercado y que es más caro. A pesar de todo con el haloperidol no han podido. Porque sin duda alguna es el mejor fármaco.

De algunos pacientes, como te contaba el otro día, incluso psicóticos, no tomaban ninguna, no

voy a decir la mayoría. Pero he de decir que ningún antipsiquiatría dijo, simplemente criticó el abuso de la medicación.

Porque la base del tratamiento...

Era comprensivo, la integración en el grupo de terapia, el salir de su aislamiento. He tenido, sobre todo en los grupos, cuando yo he hecho muchos grupos, yo he tenido la percepción, además que se verificaba continuamente, que es que los enfermos cuando se integran en el grupo a los quince días están curados. Curados, si entendemos por enfermedad la producción de síntomas, estaban curados, por ejemplo, las voces, se dan mucho en gente aislada, en cuanto esa gente tiene medios y posibilidades de comunicarse de verdad con otras personas, entonces desaparecen.

¿Que quedó en la psiquiatría del movimiento antipsiquiátrico?

Hombre, algo queda siempre, por mucho que ha habido movimientos regresivos siempre hay cosas que han quedado. Siempre queda algo. Lo que pasa es que son movimientos pendulares, influyen muchos factores, pero la medicación, ¿por qué íbamos a renunciar a la medicación? Ahora, estamos en contra de que eso fuera la única respuesta terapéutica. El enfermo nos plantea otros problemas, en fin, es como un conflicto de pareja, ¿lo vas a tratar con pastillas? Es que es ridículo, o los celos... pero en dosis mínimas.

Yo ha habido temporadas enteras que he curado las supuestas depresiones con ansiolítico solamente.

¿Que ha desaparecido de todo esto de la antipsiquiatría?

Hombre, lo más triste es lo que ha reaparecido.

¿Qué ha reaparecido?

Ahora ha reaparecido el electrochoque. Es otro símbolo de la opresión psiquiátrica y que además no tiene nada de científico porque todavía, el electrochoque, me parece que se inventó a finales de los años 30, 40, por ahí. Y ahora ya ha vuelto, y vuelve con más fuerza. No tiene ningún fundamento científico, y que si lo tiene, que me lo digan porque yo no me he enterado. ¿Por qué cura el electrochoque? Se asimila mucho a la psiquiatría tradicional del siglo XVIII del siglo XIX donde por ejemplo a los enfermos se les ponía al lado de un cañón, se pega un cañonazo, o se le ponía una silla giratoria que le ponía a girar, a girar. Eso es el efecto del electrochoque, pero un efecto empírico, ¿por qué pasa esto? Llevamos ya muchos años de eso. Era para que se supiera algo, el que lo haga un anestesista o no, eso son matices, matices más o menos humanizados, o medicalizados, pero la base sigue siendo igual.

Prescindiendo del tema de la medicación, ¿qué es lo que se ha perdido?

Todo el desarrollo de la terapia familiar, todo eso ha desaparecido. De tal manera que los que hacen terapia sistémica, a mí no me gusta ese término, crean un lenguaje, un código. Mientras que la primitiva imagen familiar era muy asequible para cualquier persona medianamente cultivada, el sistema, la teoría sistémica crea un código, un lenguaje codificado que parece ser que son aquellos que saben, con lo cual, por ejemplo, cuando la familia llega y dicen que le digan algo para cómo tratar al enfermo, la gente no sabe lo que decirle.

Toda la línea de psiquiatría comprensiva se ha venido a la mierda. Y de ahí no son solamente culpables la industria farmacéutica sino la participación de los psicólogos conductistas. Si se establece, te digo lo mismo que el otro día, si se establece la psiquiatría comunitaria, si la dejas por decreto, hombre, lo menos que se puede decir es que la gente que trabaja y se contrata, sean partidarios de este tipo de psiquiatría. Lo que no puede ser es que se meta un conductista, un colectivista ahí, ¿Por qué? ¿Por qué es del partido? ¿Por qué le conviene?

¿Piensas que la psiquiatría sigue siendo tan política?

Yo creo que es política porque se juega el poder.

¿Qué poder se juega?

Hombre, cuando metías a un tipo en el manicomio, estaba clarísimo el poder. El poder es de la familia. Si tú has conectado con familiares de enfermos mentales los enfermos mentales parecen corderitos, van por allí. Cuando surgió, no lo creamos nosotros, el colectivo de enfermos. En lucha, Psiquiatrizados en Lucha. Te aseguro que el discurso que tenían no era el de la familia. Y dieron mucho. Se hicieron entrevistas en prensa, aquí en Madrid, al menos, fue... lo que pasa es que, claro, la gente, si aspiraba a la curación, eso no tenía permanencia, no puedes ser toda tu vida un Psiquiatrizado. Si no te conviertes en víctima del terrorismo toda tu vida. Si yo soy víctima de terrorismo o víctima del aceite de colza, estos son aberraciones sociales que se crean cuando a las víctimas se les da poder, y pasa de rey de víctima a victimario.

¿Los pacientes colaboraron en la época de las movilizaciones de las Clínicas de Ibiza?

Nosotros éramos muy cuidadosos de no manipular a los enfermos, nunca los utilizamos. Hubiera sido fácil en todos estos momentos de lucha coger a los pacientes a firmar y decir, jamás lo hicimos.

Si se produjeron algunas presiones familiares fue por propia iniciativa, por nosotros no. Lo digo, porque ésta es una práctica que se da y a mí me parece que es muy peligrosa. Porque tú puedes meter gato por liebre. Estás defendiendo tú puesto de trabajo y lo disfrazas de que tú quieres el bien de los enfermos.

¿Un consejo para alguien que se vuelva loco?

Ten cuidado, a ver a quien te buscas, no todos los psiquiatras son iguales. Lo que es importante es que en la primera entrevista tú salgas satisfecho de esa entrevista.

¿Hay explicaciones de la locura alternativas a la psiquiátrica?

Hombre, tenemos el peligro de los grupos de autoayuda, ahí yo estoy severamente en contra.

¿Alguna otra manera de contar las cosas?

Estos que te llegan y te dicen, yo soy un bipolar.

ENTREVISTA A SERGIO GARCÍA REYES

4 de junio de 2014



ENTREVISTA A SERGIO GARCÍA REYES. 4 de junio de 2014.

Enlace de descarga: <https://vimeo.com/202912209>

Contraseña: **SergioGarcia**

No, no, no fue un cambio brusco, era una cosa que se venía gestando desde hace mucho tiempo, desde los años sesenta o final de los cincuenta y tantos, y es un cambio de paradigma de dos aspectos. Primero el paradigma de lo que es la enfermedad mental. Que partíamos del positivismo médico en que la enfermedad mental era una enfermedad que producía unos síntomas, que eran las alucinaciones, o los delirios o no sé qué, pero era un funcionamiento del organismo, era un criterio médico que estaba cogido además de una enfermedad, que era la parálisis general progresiva, la fase tercera de una demencia sifilítica, y se había encontrado que el origen era el *treponema pallidum*, que producía la sífilis.

Entonces se hizo un esquema médico como que la enfermedad mental correspondía a esas cosas. Yo creo que ahí se quiebra ese paradigma y entra otro concepto de la enfermedad mental. Por supuesto la enfermedad mental tiene un correlato cómo se trata y el tratamiento de esa enfermedad mental era el manicomio, la institución, el lugar donde está el enfermo, hay que quitarle los síntomas, no sé qué, de una forma restrictiva, asilar.

La psiquiatría siempre tiene ese doble concepto. Por un lado es algo que padece un sujeto pero son comportamientos también que a la sociedad le molesta. Entonces bueno, pues hay eso. Yo creo que eso es una quiebra, se quiebra un poco el paradigma ese. Entonces empieza un proceso que tú lo estudiarás o lo verás en distintos países fue de una manera o fue de otra.

Quizás lo más característico o más cercano que nos llevó a nosotros por proximidad latina fue por todas las experiencias italianas, de Perugia, de Goritzia, de Franco Basaglia. Ya había otros estudios, los estudios de Goffman, que ponen en cuestión el asilo, que ponen en cuestión el aspecto

puramente represivo o asilar o tutelar del enfermo y además siempre con ese paradigma de la enfermedad, que la enfermedad es una cosa individual que surge en una persona con un trastorno. Yo creo que esos dos paradigmas que entran en crisis y se empieza a ver pues aspectos por influencia de muchas cosas, por el psicoanálisis, otras corrientes existencialistas, etc. etc. Se empieza a poner en cuestión que la enfermedad es eso, que la enfermedad es algo que está en relación con la sociedad, que tiene una gran implicación en cuanto incluso la clase social en que se vive, es decir, hay una relación dialéctica con la sociedad en cuanto a lo que constituye la enfermedad.

Y por otro lado se cuestiona el sistema de asistencia. Hay todo un concepto de eso de la enfermedad como una relación con el medio, con la sociedad. Los anglosajones lo llevan más a la relación con la familia, están los estudios de Laing, de Palo Alto, de Bateson.

La enfermedad empieza conceptualmente a considerarse de otra manera, y por otro lado se considera que el manicomio es un artefacto que no produce ninguna curación, no es terapéutico. Y por lo tanto hay formulas que surgen, por ejemplo la psiquiatría del sector de Francia los años 60, sesenta y tantos. Es una especie de apertura del manicomio hacia la sociedad, que, bueno, hay que tratar a la gente en su medio, ya no es el manicomio el lugar donde hay que aislar a las personas. Es un proceso históricamente largo.

Lo que pasa es que aquí en España siempre llegamos tarde, llegamos tarde a todo. No llegamos al renacimiento, no llegamos a la ilustración, no llegamos a nada. Aquí vivíamos además en unas circunstancias muy especiales que eran una dictadura, esto era una dictadura. Aquí los movimientos psiquiátricos más que un desarrollo intelectual o de planteamiento teórico lo que tiene es el conflicto, aquí lo que hay es conflictos porque cuando entras en una situación, pues eso de intentar liberar ciertos aspectos de los manicomios, entras en confrontación con la autoridad y lo viven como un ataque a la autoridad y se vivió aquí en las clínicas de Ibiza, y se vivió en Asturias, con el conflicto de Asturias, se vivió en San Pablo, con el conflicto de Ramón García. Ya posteriormente en Conxo,

creo que no se vivió también, se vivía como un atentado. Y yo creo que en realidad sí lo tenía. Sí, sí, no, sí lo tenía. Era una metáfora, así hablando coloquialmente, liberar a los locos era una metáfora de la libertad que se quería ejercer en este país y por lo tanto había un sustrato político importante y un sustrato de lucha contra la dictadura, aunque se hiciera de una manera, bueno, más o menos técnica o profesional, yo creo que metafóricamente detrás de todo eso había eso.

Entonces en ese momento surge en España los conflictos, pero que están avalados por la situación que en aquellos momentos también empieza a haber cierta actitud un poco crítica, que la ha habido siempre, pero vamos, más pujante, frente a la dictadura. Por otro lado se recoge todo este fermento que hay ideológico, teórico y estas cosas, de la lucha contra esto. Yo creo que es receptiva la sociedad, o algunos periodistas, es receptiva a este problema. Porque se dan estas dos confluencias, la lucha contra la dictadura, el deseo de libertad, de democracia de este país y al mismo tiempo una expresión parcial, que es la lucha de la liberación de los locos, por llamarlos respetuosamente locos, pero bueno, pues los llamamos así, y yo creo que por eso tiene ese auge. Quiero decir que no es así de pronto, creo, que de pronto es un capricho, sino que está avalado por toda una historia previa que quizás en España no se vive.

Porque claro, las experiencias que hace Basaglia en Italia pues son unas experiencias que no chocan con nada, incluso es asumido posteriormente por la administración italiana, incluso hay una ley posterior, la 180, que hace que no se ingrese en los psiquiátricos etc. etc... Es decir es asumido como un movimiento. Aquí no, aquí cualquier cosa que había era un movimiento antifranquista y por lo tanto venía inmediatamente la actitud de la autoridad política a cercenar aquello. Y estas cosas.

Y yo creo que en esa confluencia de cosas, pues bueno, surgió el primer conflicto de aquí, luego en Asturias, luego en otros sitios y tuvieron un cierto eco y fue recogido por una prensa también que jugaba de alguna manera a la oposición. Martín Arñoriaga, no me acuerdo como se llamaba

la revista que publicaba, de Sábado Gráfico, que era una revista que intentaba, como mas tarde Triunfo, eran la pequeña oposición que se podía hacer aquí. Entonces, bueno, pues eso se capta con su doble sentido. Es un proceso amplio que no solamente se da en España. En España se da con unas características muy determinadas, que son que se da en una dictadura y que cualquier actuación que se plantea en romper los esquemas jerárquicos de los hospitales no sé qué, se viven como un atentado al poder centralizado, al poder político y esas cosas. Entonces es captado por una prensa y por una sociedad, que empieza a salir un poco y a hacer una oposición discreta. Porque por ejemplo, el periódico Madrid, que fue uno de los que recogió cuando nosotros nos encerramos aquí y estas cosas, y una periodista que no me acuerdo tampoco como se llama, pero que recogió un poco bastante todo esto y se interesó y estuvieron aquí con nosotros y eso, después fue dinamitado. Como no sé si lo sabéis. No por esto exactamente Lo cerraron por su trayectoria de crítica al régimen. Fue cerrado y después volado, así con dinamita, caído el edificio. Te quiero decir que vivíamos en unas circunstancias muy especiales, pero que no fue de pronto un capricho, había un fermento grande que venía desde hace mucho tiempo fundamentalmente con influencia del extranjero que era donde estas cosas se habían podido desarrollar con normalidad, con total normalidad y en algunos sitios como en Italia con asunción por parte de la administración de estos criterios. Que no tenían, en una sociedad democrática no tenía nada de revolucionario, aquí era todo revolucionario.

Si, en aquella época que son los años 60 y muchos y 70 a pesar de las censuras y de las cosas, la gente salía bastante, y viajaba. La gente recibía también, la permeabilidad para las publicaciones y eso pues era mayor. Yo creo que aquí llegaban bastantes libros y esas cosas. Yo creo que sí, que aquí se leía ciertas cosas. En principio se leían a través de traducciones argentinas y cosas de esas y tal. Ruedo Ibérico publicaba también algunas cosas. Era un momento que ya no había una censura que te pudiera controlar. Y luego que la gente salía y la gente venía. Aquí estuvo Basaglia, estuvo aquí en el hospital hablando con nosotros charlando y no sé qué y Guattari también estuvo, no éramos ese

mundo cerrado que hubo los primeros años del franquismo, no, estábamos en los últimos aletazos del franquismo, faltaban cuatro años para la flebitis y uno para que se muriera. En ese sentido pues no había demasiadas restricciones en cuanto a la literatura, y aparte ya te digo que aquí venía la gente, por lo menos los italianos vinieron. Yo no recuerdo, a lo mejor igual vino alguna otra persona. Pero vamos, las experiencias de Palo Alto, los libros de Laing, y esas cosas circulaban aquí con total facilidad.

Yo creo que el psiquiatra español que tuvo más influencia en aquel momento, pero que no tiene nada que ver con ésta porque era sobre planteamientos, éste estaba más en los paradigmas de la enfermedad, más que en el grueso, porque además él no trabajó nunca en la pública, fue Castilla del Pino. Luego trabajó en un dispensario en Córdoba cuando no le dieron la cátedra aquí, pero fue un teórico. Yo creo que tuvo mucha influencia aquí en cuanto a la visión de la enfermedad como una relación dialéctica con el medio, con la situación de la persona. Y enriqueció mucho la psicopatología, en ese sentido. Yo creo que fue uno, aquí en España, uno de los psiquiatras que tuvo mayor influencia entre la gente que practicábamos esta oscura ciencia de la psiquiatría.

A nivel profesional yo creo que hay una cosa muy importante, quizás no aquí, en Ibiza, en las clínicas de Ibiza, pero si a partir de los fenómenos que se dan después, que es la entrada de los MIR en los hospitales, la entrada de una generación joven, de los MIR que estaban en formación y que entran a unos sitios donde aquello les choca. Les hace crujir. A partir de todo esto que hemos hablado de la influencia de ideologías teóricas y esas cosas, hay una realidad frente a la que se enfrentan y que quieren romper y esas cosas. Hay una alianza en esta época con la enfermería, con los sanitarios, con estas cosas, que se les quiere dar un papel también, eso que se habló de la comunidad terapéutica, dicen, vamos a hacer que los sitios estos de hospitalización no sean simplemente de custodia, de guarda custodia, sino implicar a todo el personal en la terapia y esas cosas, empezamos a hacer

asambleas de pacientes, implicar a los celadores, no sé qué. Es decir, cambió un poco la sociología o la clase social de esto, porque eran médicos jóvenes que entraban así, bueno, pues yo creo que también gente más politizada en aquel momento. Todo esto cuando nos enfrentamos al poder nos enfrentábamos a los capos de la psiquiatría, los Sarró, López Ibor que estaban completamente en contra de eso.

Aquí el conflicto que tuvimos posterior fue con el jefe de servicio, que se llamaba Zanón. Fue un pleito larguísimo que tuvimos, de denuncias mutuas. Él nos denunciaba en los juzgados por prácticas peligrosas, porque éramos rojos, por no sé qué, no sé cuánto, y nosotros le denunciábamos a él porque era un déspota. Se formó una comisión de la diputación, que después perteneció a la diputación, para solventar el conflicto, fallaron a su favor porque él tenía todo el respaldo. Aquello de que los pacientes salieran que no sé qué, que tal, unas pequeñas transformaciones que estaban en el ámbito de lo que en aquel momento se consideraba que era esto, pero una parte de la profesión médica que era totalmente reaccionaria y contraria a todas estas cosas.

Lo que pasa es que, yo creo que ahí hubo una pequeña ventaja por una dicotomía que había. Había una psiquiatría de cátedra, una psiquiatría oficial, de cátedra en la que todo el mundo que quería hacer carrera en la psiquiatría pues estaba alrededor de las cátedras. Allí era donde se especulaba sobre la vivencia del enfermo y no sé qué, tal y cual. Luego estaba la psiquiatría así de la plebe, donde había gente que quizá vivía en contacto con una realidad muy dura, pues la realidad de los manicomios era muy dura. Entonces quizá la gente que había entrado desde siempre, pues los manicomios eran eso, los electrochoque. La gente que había entrado desde hace mucho tiempo pues ya no tenía esa sensibilidad, es como los que estamos acostumbrados a las corridas de toros, no tiene sensibilidad por el animal, pero si lo piensas un poco te lo hacen ver la gente que no está acostumbrada a eso, pero qué locura, martirizar a un bicho. Pues esto es igual. La gente que estaba metida en esas cosas, pues estaba metida. Entró gente joven, cuando se creó la formación MIR, y esta gente joven entre otras cosas

resaltó todo aquello. Hicieron una alianza frente a los jefes, con los sanitarios, con las enfermeras y fue un poco el fermento del cambio. Pero siempre el cambio tuvo su oposición dentro de eso que se llama la clase médica, llámale como quieras, hubo ahí enfrentamientos muy duros entre la gente que manejaba la psiquiatría y la gente que veníamos de los sitios de asistencia.

Es que régimen manicomial era un régimen muy duro. Las clínicas de aquí eran un pequeño manicomio regido por este Zanón, y por toda esa visión militar de lo que es el manicomio. A la gente cuando entraba se le quitaba el cinturón, a las mujeres se les quitaba el sostén por sí se ahorcaban, tonterías de esas, sólo se podía comer con cuchara, entonces la carne no la podían comer. Había una desconfianza y desprecio hacia este tipo de enfermo y yo creo que con estos cambios, que eran cambios puramente humanitarios por llamarlos de alguna manera, parece que estuvieran de atrás influidos por una ideología, se materializaban en cambios muy sencillos, yo creo que era una dignificación y una situación para el paciente que se veía tratado como una persona, no como alguien que estaba ahí sujeto a todas al aparato represor psiquiátrico.

Yo creo que algo se devolvió o se intentó yo creo que de alguna manera lo captaron, no sé si de una forma muy consciente, muy elaborada, muy racionalizada, pero es indiscutible que empezaron a ser personas. Podían salir, salían solos los que podían salir solos, o con la familia. Los que todavía se consideraba que no tenía una autonomía para salir, se les escuchaba en una asamblea a los pacientes, y luego pues formas de tratamiento que también parecían un poco cruentas, como el electrochoque, y esas cosas, se desterró. Pequeñas cosas que yo creo que sí se realzó un poco la dignidad humana y la figura del paciente, aparte de otros conceptos terapéuticos y otras cosas que ya eran más elaboradas y que lógicamente no iban a llegar al paciente, que lo mismo le da que le sientes para hacer un grupo que le sientes para hacer no sé qué, quiero decir que se puede encontrar a gusto, se puede encontrar bien, se puede encontrar atendido, se puede encontrar respetado. Se puede encontrar eso y nada más. Detrás de todo eso hay una filosofía existencial o una visión de la enfermedad, pero yo creo que lo que ellos podían captar fue una mejora desde el punto de vista más elemental. Por supuesto la supresión

de todas las restricciones corporales y todas esas cosas. Yo creo que sí, que algo... algo captaron.

¿Qué pasaba con el partido comunista?

No había nada en España. Todo lo que había si había una cosa de intelectuales estaba más o menos sustentado, promocionado, apoyado por el Partido Comunista y todas estas cosas pues las apoyó lógicamente del Partido Comunista y muchos de los profesionales pues éramos, entonces no se era así de una manera, con carnet, porque era mejor no tener carnet, pero bueno, éramos mucha gente por eso tú verás ahora a mucha gente, “que yo fui del Partido Comunista”, no es que fuera del Partido Comunista, había gente que era del Partido Comunista, pero muy pocos. Lo que sí se estaba siempre era alrededor de un núcleo del Partido Comunista porque mantuvo aquí la única oposición a Franco. Por lo tanto estaba implicado en todas las cosas, las huelgas, los movimientos de estos psiquiátricos, los movimientos profesionales, los movimientos culturales, los movimientos de escritores, en todas las cosas estaba ahí metido el partido porque era el único que hacía oposición en ese sentido.

No existía como un partido organizado, era un partido clandestino pero estuvo presente en todas estas cosas, pero no como un partido que hace una táctica, sino que es que lo que se movía aquí se movía alrededor de gente que era comunista, yo no sé si eran del partido, pero era comunista, o estaban cercanos a la ideología comunista porque eran los únicos que se movían frente al franquismo. Si había una huelga, pues ahí estaban los comunistas. Y si había no sé qué, ahí estaban los comunistas.

¿También en el Conflicto de las clínicas de Ibiza?

No, no, en eso no. Luego nos apoyó, luego estuvo, y esas cosas y tal y eso, pero no, no, no estuvo así como dirigiendo aquello. Aquello fue un movimiento.

Y no creo que tampoco en ningún otro sitio estuviera como tal cosa. Lo que pasa es que en cuanto había una cosa, lo apoyaba, pero muchas veces lo apoyaba, pero muchas veces no porque lo apoyara como partido sino porque mucha de la gente que estaba allí estaba en la órbita del Partido

Comunista. No era consigna, no era nada de esto. Es que la gente, si tú querías estar un poco, participar en cualquier cosa contra el franquismo o contra la dictadura, te topabas con los comunistas. Eran los que estaban allí. No había otros, pero no es que estuviera el partido dirigiendo aquello, en absoluto. No, no. Yo creo que estas cosas fueron más espontáneas.

En Asturias, posteriormente en el Conxo, también en Andalucía hubo un movimiento, en Valladolid en el manicomio Villacian, en el San Pablo de Cataluña. Fueron movimientos lógicamente de gente de izquierdas, gente de izquierdas que tenía todas estas cosas que de mala manera te he contado, la influencia de estas teorías y de este momento, de la lucha interna contra la dictadura, esta mezcolanza ideológica que había, y casi todos fueron o bien por un choque sobre las cosas que estaban pasando, como la entrada de los MIR en todos estos centros, aquí fue una actitud en principio defensiva, y es que querían cerrar las clínicas, las querían cerrar, fue una actitud defensiva espontánea de la gente. Luego sí, luego resulta que cuando hablabas con uno de la Coordinadora y no sé qué pues era del Partido Comunista y el otro también y el que venía de Oviedo pues también, daba la casualidad esa, pero no fue un movimiento así organizado por ningún partido, no, en absoluto.

¿La coordinadora?

La coordinadora no fue más que una cosa que se creó espontáneamente de los sitios en conflicto, de los lugares donde había habido conflicto. Había gente de Galicia, había gente de Asturias, había gente de Cataluña, había gente del sur, de Málaga y de otros sitios también, de Andalucía. Y esta gente que más o menos estaba en esa línea, de transformar las cosas, pues de vez en cuando nos reuníamos, teníamos una reunión de por donde iban las cosas, y tal y cual. Luego se fue ya planteando, hubo un congreso en el cual se paralizó el congreso porque el congreso planteaba, creo que fue en Valladolid, unas cosas académicas, no sé qué, y dijimos que eso no valía, que había que empezar a tratar las cosas. En el siguiente Congreso se planteó el tomar la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Se hizo una candidatura de la gente de la Coordinadora y se institucionalizó aquello y ya aquello pues

se perdió, como todo lo que entra en una institución, pues ya se institucionaliza, se jerarquiza, hay el presidente, el vocal, el vicepresidente, el tesorero. Se formaliza. Aunque es verdad que la asociación española de neuropsiquiatría siempre ha tenido una actitud progresista dentro de eso, pero bueno, ya era una institución. Se perdió lo de la Coordinadora que fue una cosa espontánea, de los núcleos que estaban en conflicto o que habían hecho una transformación de sus centros

Luego ya hubo una ruptura, ¿era posible que siguiera la Coordinadora? Como cosa personal yo estaba en contra de tomar la AEN, como cosa personal y algunos otros. Había otros que les hacía ilusión, o les gustaba o les parecía que era un progreso, tomar una institución que tenía ya un prestigio. Eso, como es lógico, diluyó toda la parte más combativa. Ya se institucionalizó con sus congresos, sus no sé qué, sus tal, con los temas de los congresos, pues ya entramos en una sociedad profesional de esas científico médicas, como las quieras llamar, aunque siempre ha tenido un carácter un poquito progresista, con respecto a otra sociedad, porque hay la sociedad de psiquiatría, la Sociedad de Psiquiatría Biológica. La no sé qué, no sé cuanto.

Yo no sé si fue por eso o fue porque también históricamente las cosas se agotan y a lo mejor aquella ya se había agotado. Por ejemplo, cuando muchos años después, en el 83, con la esta ministerial, la reforma psiquiátrica, en el 84 que más o menos en cuatro líneas se plasma la ley general de la sanidad en el 86.

La reforma que se hizo aquí psiquiátrica ya no tenía nada que ver con aquello. Partía de otros conceptos completamente distintos, es decir, no hubo ninguna continuidad. Hay una ruptura. Luego ya era una historia mucho más formalista, estaba más cogida de los anglosajones, sobre todo de los americanos y estas cosas y fue un planteamiento que creo que no estuvo mal, pero bueno ya de otra cosa. Tenía otro sentido, por entendernos, aproximar las palabras, más libertario, esto era más organizado asistencialmente, cosa que no está mal. Yo creo que la reforma psiquiátrica en algunos sitios progresó bastante tal y se hizo cosas importantes, pero ya tenía otro sentido completamente distinto de aquello. Aquello fue una cosa más contestataria, entre comillas y muy, en minúscula,

revolucionaria, no porque se hiciese ninguna revolución, y nadie la hizo, pero bueno tenía otro sentido, sobre todo tenía el sentido en el fondo de la lucha contra la dictadura.

En aquel momento había huelgas y la gente se jugaba mucho en las huelgas, porque se jugaba la cárcel y se jugaba perder el trabajo, pero hacia la huelga porque pensaba que mejoraba la sociedad. Mejoraba eso. Ahora las huelgas que se hacen son de defensa, de que no me cierren la fábrica. Ha cambiado mucho la perspectiva. ¿Hacia donde vamos? No lo sé, no tengo ni idea, pero como decía aquel político español, vayamos a donde vayamos erraremos el camino.

En ese momento es una ruptura del concepto, quizá mas incluso a veces en un extremo excesivo, de negar la enfermedad mental, pensar que todo era un artefacto de la sociedad o de la familia o de no sé qué. Hubo un planteamiento que rompió todos esos esquemas anteriores por supuesto, en algunos de una manera bastante extrema, que no quiere decir ni que sea ni bien ni mal, pero llegará a que la enfermedad mental, como tal enfermedad, no existía, que no era más que los artificios que producía la relación con la sociedad o los problemas del individuo en su encaje con la sociedad o con la familia. O con los círculos no sé qué etc. etc. El libro ese de Szasz, El mito de la enfermedad mental y muchos otros. Se ha escrito mucho sobre ello. En aquel momento sí lo hubo.

Yo creo que ahora hay un momento acomodaticio y creo que no hay ningún planteamiento así que sea un poco, por entendernos, subversivo, en cuanto que se empieza a pensar sobre la enfermedad mental, yo creo que no.

Hay otro fenómeno que es que a través de un eufemismo, que son las camas de larga distancia, de rehabilitación, se está volviendo a una reinstitucionalización, se está volviendo otra vez a una actitud de apartar a la gente que molesta porque nos han creado los instrumentos para mantener a esas personas en su medio. Yo creo que hay un momento regresivo en este momento.

En un país donde el trabajo era difícil, era muy difícil que sucediera. Es verdad que había centros de esos de rehabilitación laboral, y cosas de esas, pero era muy difícil competir en un medio laboral donde ya las personas que estaban con todas sus capacidades pues eran incapaces de eso. Hombre, eso hubiera sido la mayor integración de los pacientes, que hubieran podido tener autonomía de escoger un trabajo o trabajar, que pudieran ser independientes. Algunos, la mayoría, otros igual necesitan un proceso más de tutela, una tutela asilar, de una tutela de apoyos comunitarios o apoyos familiares. Eso fue inviable porque no había trabajo. No había trabajo. Si no hay trabajo para la gente normal no podías pensar que...

Jamás los sindicatos se ocuparon de eso ni les interesó absolutamente nada. Ni nada de nada. Eso fue difícil. Podría ser una teoría, una teoría de la rehabilitación y de la reinserción social pero nunca se dio de una manera plena.

Es verdad que mucha gente hizo que viviera en condiciones mucho mejores, porque está ahí en su familia, que a veces no eran las mejores condiciones, pero bueno, iba a su centro de día, a su centro de salud mental, a tomar la medicación, tenía una relación allí con la enfermera amable, se sentía que tenía un lugar de referencia si le pasaba algo, hacía una vida un poquito más esto. La otra parte más positiva de integrarse plenamente una sociedad y esas cosas, pues no, era imposible porque no había espacio para que la gente se integrara en el trabajo ni nada de eso.

¿Las familias?

Lo llevaron bien y mal. Le llevaron mal porque cuando se hizo toda esta reforma, bajo el concepto de la desinstitutionalización que no se habían creado los dispositivos alternativos, pues las familias fueron las que llevaron el peso de los pacientes, en ese sentido lo llevaron mal. Lo llevaron bien porque hubo muchos grupos de éstos que se agruparon en las asociaciones de familias,

de enfermas y enfermos, y fue gente que ha contribuido mucho y ha aportado muchos soportes y muchas iniciativas para el mantenimiento de estos pacientes, pero la carga la llevaron las familias y muchas veces la carga de vivir con un psicótico y esas cosas llevaba a conflictos terribles

No se hizo, y era uno de los pilares importantes, si tú quieres desinstitucionalizar, quitar una cosa, si los quieres sacar, tienes que dar apoyatura, no lo puedes sacar y dejarlos en la calle o con su familia, porque a veces aquello era lugar de choque, de terrible enfrentamiento emocional de la familia. Ha sido una reforma así a medio pelo, pero yo creo que ha habido cosas positivas que se han ido desarrollando a pesar de que es verdad que le falta un planteamiento ideológico de la enfermedad. Es simplemente una cosa muy administrativa, como administro yo esta historia. No hay otros fundamentos ahí y la verdad es que la práctica es muy pobre, en general. Hay muchas cosas, hay muchos grupos de terapia, muchas psicoterapias de distintas orientaciones, pero la conceptualización de la enfermedad es muy pobre en este momento como cosa general y como cosa para abordarla, entonces es abordar de una forma administrativa.

ENTREVISTA A CARMEN SÁEZ BUENAVENTURA

9 de octubre de 2014



ENTREVISTA A CARMEN SÁEZ BUENAVENTURA.

Madrid, 9 de octubre de 2014.

Enlace de descarga: <https://vimeo.com/205509990>

Contraseña: **CarmenSaez**

Fue digamos en la explosión de Oviedo. Eso no te coge de repente, y te transforma. Había ya un caldo de cultivo de ver el horror que eran los manicomios y eso a cualquier persona sensible no tenía por qué ser especialmente inteligente, es que era repugnante y canallesco. Entonces lo de Oviedo fue detonante, de que había que hacer muchas cosas que no se habían hecho nunca. Y también fue algo muy importante, andando un poco más de tiempo, el saber que en Italia, en Trieste, había un señor que se llamaba Franco Basaglia que estaba transformando los manicomios, o el manicomio de Trieste fundamentalmente. Y ahí ya fue una carrerita de decir pues nosotros tenemos que hacer algo los sitios en los que trabajamos, esto no puede quedarse así, esta pobre gente que encima de enferma está expoliada y está maltratada y está abandonada. Y ahí empezó todo el trajín que nos trajimos.

También yo creo que otro factor es que estamos en los 70. En los 70, los que escuchábamos, leíamos, hurgábamos, o comprábamos libros *de extranjis*, había todo el movimiento de los 70 en Estados Unidos, de los hippies, de la gente libre, de la petición colectiva por la libertad y por las libertades y yo creo que eso era un ambiente que se respiraba, que ya no era el mismo de lo que había sido la dictadura hasta esa década. Yo creo que fue importantísimo el que tuviéramos enfrente un enemigo tan recio. Tan recio que cuando nos paramos y nos encerramos en las clínicas de Ibiza que era donde trabajaba yo y otros compañeros que estábamos de acuerdo con toda esa temática fue una especie de reacción dentro de los hospitales y dentro del nuestro propio, que era Gregorio Marañón, tan fuerte que yo creo que nos hizo crecernos para combatirlo.

Recuerdo especialmente una asamblea. Primero nos pintaron ya las paredes del edificio por fuera en donde estábamos más o menos entregados a esa causa por decirlo de alguna forma, de rojos,

al paredón, etc. Hubo una asamblea interna en el aula magna que yo la recuerdo con pelos y señales tantos pelos y tantas señales como que después de decir nosotros por qué estábamos encerrados, tratando de hacer entender a los compañeros de otros servicios, porque los psiquiatras éramos los que nos habíamos levantado, la salida, después de intentarlos convencer, fue al abucheo limpio, a insulto limpio, y cuando yo salía, no sé si algún compañero, yo no lo comenté con otros, salía por el pasillo, rumbo ya al hall, vi rojo, rojos, rojos, hijos de puta, todo lo que se estila, vi echar mano de una pistola en una bata blanca. Entonces dije esto es muy serio, pero eso con los años que teníamos, con las ganas que teníamos, tal y como estaba la dictadura, un poco más blanda, pues nos dio mucho empuje. Luego ya cuando acabó el encierro y todas estas cosas, que conseguimos que hubiera cambios en el funcionamiento del hospital nuestro y otros muchos, el contacto con los psiquiatras italianos para nosotros fue fundamental.

Trieste, que es esa zona entre Croacia e Italia tan particular, no es un lugar muy llamativo para pensar en una población que secundara la reforma de Basagliá, pero no nos tenemos que olvidar que ellos empezaron la reforma en la Emilia Romana que por aquel entonces era comunista. El apoyo fue de toda la izquierda, muy poderosa por aquel entonces, italiana. Vinieron aquí, se hicieron cosas juntos, cine, psiquiatría al exterior, un libro, Locos de desatar, que traduje yo y que fue muy emocionante de presentar. Y luego el entusiasmo por ver que lo que ibas haciendo diferente e ibas poniendo en práctica les servía a los llamados pacientes. Y que era mucho más agradable el trabajo, que era más agradable para ellos las estancias en los centros, que servía más lo que hacías, aunque costaba mucho más trabajo como es lógico tener una persona desatada que tenerla atada y trabajar con ella como ser humano que es, aquella fue la etapa preciosa.

Laing y Cooper y norteamericanos, sociólogos norteamericanos, la gente de Palo Alto, que publicaban cosas que parecían sintonizar y decías, no estamos locos los que pensamos que los locos son personas y que pueden volver a serlo cuando estén bien. Todo eso fue una sabia importantísima. Cooper vino por aquí, fue a otras provincias. Laing también estuvo aquí, fue a otras provincias.

Hicimos cine forum con una película de Laing -Asylum- y ellos también hicieron turismo español.

Nosotros, visto ahora con cuarenta años pasados, los de la antipsiquiatría, lo focalizamos más que nada en lo social. Claro que tampoco había los descubrimientos, que no son tan definidos hoy por hoy, de la genética, y eso que está en un momento cumbre de brillantez. Como había habido tanta hambre de preocuparse por la vida de los supuestos locos antes de ser locos nosotros nos apuntamos mucho a esa vertiente y creo que fue bueno. Quizás fuimos demasiado radicales, pero hacía falta, era necesario.

Yo salí de la clínica de López Ibor y salí al Alonso Vega. El Alonso Vega, era un manicomio, así por las buenas, tengo otro recuerdo que se me quedó clavado y fue que el encierro de la gente, de los pacientes, mujeres y hombres. Hubo una modificación arquitectónica, en el servicio de hombres donde yo estaba y donde yo percibí aquello, en donde el único entretenimiento era pasear por los pasillos y fumar; en uno de esos martillos, porque tenía una estructura como la letra T, la cola del martillo, que era el pasillo más largo, estaba interrumpido por una puerta porque accedía a dos departamentos diferentes. Esa puerta, no recuerdo por qué, se corrió porque arquitectónicamente parece que era ideal el hacerlo. Yo recuerdo como los pacientes del servicio en el que yo trabajaba llegaban a la altura de la puerta y retrocedían para seguir paseando. Era una doma, eran metros que habían recorrido durante tiempo y tiempo, alguno desde que se inauguró el hospital. No cruzaban la puerta que era inexistente ya, la puerta fantasma. Era una doma de la gente. Se nos combatió mucho en la prensa diciendo que no queríamos ir a ese hospital más grande, con más exigencias, que no era altruismo, que era un egoísmo porque no queríamos ser trasladados cuando eso significaba un avance, y era un hospital nuevo más cómodo. La comodidad era que todo el mundo estábamos deseando hacer lo que podíamos, pero deseando irnos de aquel horror. Yo recuerdo que yo llevaba 120 pacientes. La mayor parte de los días lo que más atendía eran cosas de medicina general. Las bañeras eran enormes, se escurrían y se rompían una pierna, tenías que atender los hematomas y demás, amigdalitis, neumonías, temas urgentes que tenías que atender para que la gente sobreviviera

mas o menos, pero de psiquiatría apenas podías hacer nada. Entre otras cosas seguía allí el personal de las religiosas, de las monjas, y aquello era un gran manicomio. No fue ningún avance, era un gran manicomio. Y porque habíamos pasado la experiencia alguno de los que luego estuvimos en las clínicas, no nos podía engañar nadie, evidentemente aquello lo habías visto, lo habías padecido, y lo podías denunciar como hicimos con todas las de la ley.

¿Cómo empezó el encierro?

Aprovecharon como se ha aprovechado casi siempre para despedir gente en vacaciones. En la empresa se llama ahora viernes negro. A uno lo despiden el viernes y así no se ve con los compañeros y no puede armar en un follón. Se va a su casa castigado y sin empleo. Todas las amenazas de traslado al Alonso Vega hasta esa fecha fueron en verano. Una parte nos habíamos ido. Cuando nos enteramos que se había encerrado el primer grupo, al que fue mi marido y a mí nos cogió en Canarias y nos fuimos al aeropuerto a la lista de espera para venirnos enseguida, con los niños y todo el jaleo. En cuanto estuvimos aquí nos adherimos de refuerzos. Ahora lo ves, hace mucha gracia, pero pasamos mucho susto. Los del bar de enfrente nos pasaban una bandeja de bocadillos por los aseos de la parte de abajo de las Clínicas de Ibiza, traía unos cajones con bocadillos, porque nadie nos daba de comer y nadie se ocupaba de nosotros. Yo recuerdo haber dormido con una compañera en la planta de mujeres en una cama, en una de las habitaciones, en la que estábamos ella y yo porque era para dos pacientes y por la mañana te enteras como se arreglan las mujeres, como se lavan, con todas las dificultades las que están delirando. La viejita que su afán es no perder las bragas, toda la mañana con lo de las bragas. Nos levantábamos y nos aseábamos esta amiga, esta compañera y yo viendo lo que era de verdad estar encerrado.

¿Dónde era el encierro?

El encierro era en la parte de consultas, de abajo, son dos plantas, la primera planta es de

consultas, despachos, y la de arriba, la segunda, es de encierro, de ingresos, de gente ingresada. Los pacientes yo creo que no lo percibieron a no ser que hubiera algún comentario y posiblemente eso les parecería tan oscuro, porque nunca se había dado en un hospital y era una cosa tan rara, que no creo yo que cogieran mucha onda, pero de dormir, esta compañera y yo era por la noche, que ya subíamos a esa habitación que era para nosotras y hasta el día siguiente.

Los niños se quedaron con los abuelos, los que teníamos niños. Los que teníamos hijos, estábamos con el primer niño, el mío tenía año y pico y con el primer coche de segunda mano, el nuestro era un Seat 600. Todos decíamos, de aquí nos echan, nos quedamos sin trabajo, venderemos el coche y ya veremos que pasa. Las familias los fines de semana llevaban a los críos. Podían jugar por allí porque había espacio y también veíamos a los padres, a nuestros padres.

¿Qué os llevó a encerraros?

Eso era un sentir colectivo por toda España de decir esto no se puede prorrogar más, decir, los enfermos mentales no tienen porque estar ahí más tiempo, esto hay que darle un vuelco ya. Yo recuerdo una ocasión, no sé si en un fin de semana de esos en que venían las familias o quizás lo confundo con otro momento, recuerdo ver entrar a caballo grises en las clínicas de Ibiza. Así por las buenas. No te sé decir si fue en un momento como el que te estoy contando o fue otra ocasión con otro jefe de servicio cuando empezamos con las reuniones familiares. Dijeron que éramos marxistas, leninistas y masónicas. Allí irrumpieron las fuerzas de servicio, con patada en la puerta, asustando a la gente, y a pesar de eso seguíamos en nuestras trece. A poco que empezaras a hablar de esto, las familias no eran ajenas, muchos tenían el cementerio al lado, un loco era imposible de redimir, de curar. Los metían allí porque no sabían qué hacer con ellos, estaba en peligro a veces la integridad de la familia, no les cabía en la cabeza que podían hacer para ayudar. Iban al manicomio y a veces se encerraban el manicomio. No es ninguna burrada que yo esté soltando, es que era así. A poco cariño que les quedara por sus familiares pacientes era decir, si es que está muy mal, si es que no hay

derecho. Eso corre como la pólvora a no ser que estés ya desalmado, en todo el país.

Basaglia, por ejemplo, tuvo aquí muy poca aceptación por parte de determinados psiquiatras que no éramos los levantiscos. Determinados psiquiatras, no voy a decir nombres, pero los más asentados, los que tenían una consulta privada más hermosa, más beneficiosa desde el punto de vista económico, le pusieron a prueba. Dijeron que era abandonar a los pacientes a su libre albedrío, que era fomentar el descuido de cara a las familias. No tuvo ninguna aceptación, al contrario, tuvo enemigos. Sin embargo, en los sitios donde empezamos los cambios, por ejemplo, las asambleas de por las mañanas, el reunirnos el equipo médico y el paramédico con los pacientes todas las mañanas para ver qué había sucedido de un día para otro, a ver qué cosas tenía que decir, pedir o que criticar, todo eso estaba muy bien visto por las familias y te lo comentaban, “ah, pues está muy bien eso que ustedes hacen por la mañana, porque mi hijo me dijo que una cosa que le había pasado con el enfermo de la habitación de enfrente, pues se resolvió ahí”. Era algo tan comprensible, tan sencillo, tan a pie de obra, que rechazo por parte de la familia no tuvimos nunca.

Yo me acuerdo de una visita a Leganés que iba con un par de compañeros o tres de la Coordinadora y con un par, o tres de psiquiatras más mayores, de otra generación, tradicionales . Al entrar en Leganés había una serie de enfermos esperando en unas escaleras y en la puerta y nos querían dar la mano. Yo estaba dando la mano y me tocaban en el hombro y me dicen, “¿pero qué haces?” Era uno de estos señores antiguos que creía que esto era un disparate. Digo, pues darles la mano. Había un criterio tan tremendamente antagónico que no se podía aguantar. Había un chico que estaba dopadito que estaba de medicinas hasta arriba, y que te daba la mano ¿y como no le vas a dar la mano a un chico que está malito y que encima te da la mano? Pues aquéllo no se entendía por parte de los que pensaban que ese chico tenía una enfermedad del cerebro sobre todo algunos que tenía una clínica privada muy acreditada y hacía operaciones del cerebro, las famosas trepanaciones en algunas áreas cerebrales, que se conoce que lo he olvidado por odioso -lobotomías- . Como estábamos en esos polos tan antitéticos, ¿cómo podíamos compaginar lo uno con lo otro? De ninguna manera.

¿Pensabais que en la locura había un componente de represión familiar?

De de represión, o de situaciones conflictivas que pasaron inadvertidas para las propias familias y que ellos no hubieran podido intentar remediar de ninguna manera, porque en el mejor de los casos veías que eran familias con familiares que pasaban a ser enfermos mentales que eran cariñosos. A veces te dabas cuenta que el cariño era excesivo y era paralizador, pero hasta que no empezamos a hablar de terapia familiar y a saber cómo se comportaba las familias dentro de un equipo familiar, tú no podías comprender que había cosas que se salían de lo sano, de lo supuestamente útil y ahí la lectura de Laing y de Cooper fue de una ayuda enorme y de estas dos compañeras que vinieron de Suiza.

La formación psiquiátrica nuestra fue la tradicional. Lo que pasa es que en esa época, en este país y en otros, dentro de lo que era la formación médica había, igual que ahora los genetistas están en la cresta de la ola, empezó a hablarse de la sociología. Se dio una curiosidad y un impulso a lo sociológico, con libros, también a lo psiquiátrico y eso te abría un mundo, Basaglia y su equipo estaban muy pasados por la sociología, te daba un espectro mucho más amplio de entender que no sólo era la herencia genética o la mala suerte o sabe Dios qué, se empezaba a entender la otra parte nuestra que es la de que cómo crecemos, donde nos criamos, de qué manera sobrevivimos, cómo actuamos más allá, no sólo con la familia que nos ha tocado sino también los círculos en los que nos movemos y aquello era tan fácilmente comprensible que ampliaba el diafragma y te ponía en contacto con una perspectiva más amplia. Ésa veta fue muy importante y fue un aporte absolutamente fundamental en el trayecto de los psiquiatras que pensábamos que había que hacer reformas y que había que trabajar con las familias y todo esto.

¿Cuándo empezaste a trabajar con mujeres?

Como la vida te cambia y te cambia muchísimo cuando tienes el primer hijo, no teníamos una

constitución que te permitiera tener un piso aunque no tuvieras acceso al piso, ni teníamos libertad para viajar. Yo recuerdo haber asistido a unas jornadas feministas en París y el que era mi marido por entonces decirme, ¿pero tú vas a ir? “Sí, claro”, “pues se tendrá que dar permiso”, “con permiso o sin permiso yo me voy”. Hasta el 78 no hay un cambio constitucional, no hay acceso a una constitución como igualdad de derechos, que todavía están por verse, pero bueno, ahí están. Yo estuve con un pie en la reforma psiquiátrica y con otro pie en una organización feminista y claro, ahí te dabas cuenta de que no era lo mismo un señor cuando se enfermaba que una señora cuando se enfermaba, de qué se enfermaban más los hombres o de qué más las mujeres, la casuística que te iba diciendo, qué problemas tenían las mujeres que se deprimían y que muchos compañeros te decían, “mira, esta es una histérica que no hay quien aguante, siempre con la depresión y dale con la depresión, si puedes hacer algo por ella, que se vaya a tu grupo porque yo ya no puedo más”. Que también de repente una paciente ingresada había ingresado porque se había tomado unas pastillas y no se había muerto, había algún compañero que te decía, “esa pastillera lo único que quieres es jorobar a la familia, porque no se ha muerto o sea, que eso fue por llamar la atención por no sé cuántas o por no sé qué”. Cuando te encontrabas con esta muchacha veías que tenía un equipaje que era de órdago, y que de verdad hubiera querido morirse y que lo hizo mal, no supo cómo o no se decidió del todo y estaba en un brete vital que era de alarma total. Entre unas cosas y otras empecé junto con una asistente social, en el despacho de ella, que era más grande que el mío, a intentar los grupos de mujeres. Había leído de grupos norteamericanos, también de los grupos de conciencia de las francesas, que eran mitad feministas, mitad rupturistas y empezamos con los grupos y los grupos daban mucho de sí. Estuvimos con ellos alrededor de diez años hasta que yo me fui al hospital de día, por qué González Duro se marchó a la reforma de Sevilla, del manicomio de Sevilla, de Miraflores, nadie quería hacerse cargo del hospital de día y yo dije, pues a mí me interesa. Ya no tenía tiempo y los grupos los siguió esta asistente social con otra compañera de ella. A mí me llamaba gente, compañeras y compañeros de otros sitios de fuera de Madrid, y fue una pequeña colonización, algo interesante y útil.

¿Y en las clínicas se hacían reuniones?

En la clínica se hacía todas las mañanas y asistía una monja que estaba encantada. Había una monja estupenda y otra que es mejor no recordarla. La estupenda era sor Ignacia y era una mujer entregada a los pacientes, era pequeñita y rechoncha. La veías a la hora de la comida ya sabía perfectamente que el pollo tenía que ponerle a éste una pechuga porque tenía mal los dientes, al otro muslo porque le gustaba más y así comía bien. Lo sabía todo, era como la madre de todos los interesados. Disfrutaba en la reuniones porque resolvía, incluso nos decía cosas que habían pasado el día anterior o el fin de semana para que la sacáramos en la reunión general de las mañanas. Se resolvían muchos conflictos que hubieran quedado ahí enconados o secretos o molestando a muchos pacientes y ella disfrutaba mucho. Esas asambleas eran marxistas y leninistas según se decía, pero que venían de perlas y las familias estaban encantadas. Aquello duró años y años. Había una buena relación con el hospital de día en donde se hacía no sólo eso, sino también psicodrama y reuniones con las familias. Se hizo común que citáramos a los familiares de los pacientes, los que estábamos con ingresados en las plantas, como un requisito más, porque era realmente necesario. En el hospital de día se hacían actividades manuales y grupos de psicoterapia y fue un viento que corría entre la planta y el hospital de día donde había una buena relación entre compañeros y donde veíamos que podía ser más idóneo para una persona estar en planta durante momentos determinados de la enfermedad o bien pasar al hospital de día cuando iba mejorando para incorporarse después a la familia por completo. Fue una relación muy útil y muy amplia durante mucho tiempo hasta que el que llevaba al hospital de día inicial se fue a dirigir el hospital psiquiátrico de Jaén.

Consulta siempre ha habido en el hospital, la planta bajo siempre ha sido consultas externas y la de internamientos, arriba. Abajo, además de los grupos de mujeres que se iniciaron tiempo después, hacías las reuniones de familia porque a algunos les costaba mucho subir por no ver a otras personas o a otros ingresados y se hacían reuniones familiares. Andando el tiempo se empezó a hacer

tratamientos con familias. Empezaron a hacerlas dos compañeras psiquiatras que participaron en lo de la Coordinadora de una manera entusiasta. Cuando tomamos la AEN, tenían que marcharse de allí, una de ellas, le dijo uno de los psiquiatras vetustos y enormemente tradicional, “señorita, usted lo que tiene que hacer es bajarse de aquí y estudiar lo más que pueda”. Ella me acuerdo que dijo, “y un rábano”, y hubo una risotada tremenda. Ellas se fueron a Suiza. Fueron dos compañeras muy queridas, muy luchadoras, muy útiles y muy capaces en la Coordinadora y se fueron a Suiza, con la formación que traían de psicoterapia familiar, yo recuerdo que estando yo en el hospital de día les dije, “venid y nos enseñáis” cómo se hace. Fue muy útil, muy interesante, muy bonito y seguimos cuando yo estaba en el hospital de día. Además de las actividades que dejó el compañero que se marchó a Jaén instauramos también la terapia familiar.

Las asistentes sociales hacían lo que podían, pero el techo era muy bajo. Cuando se reformó Ciempozuelos. Leganés y Ciempozuelos fueron los manicomiazos, como decíamos todo el mundo, de Madrid. Cuando se reformó Ciempozuelos si que empezaron a hacer terapia, talleres, pero en las clínicas de Ibiza, que eran muy reducidas no teníamos más que para manualidades y cosas muy sencillas, pero eso ya fue, andando el tiempo que los dos manicomiazos se volvieron mas sensibles, cuando llegaron compañeros más jóvenes que empezaron a introducir prácticas de laborterapia.

Lo de Oviedo, como fue algo pionero, yo no creo que partiera de ahí, yo creo que partiría, y no te puedo decir seguro, seguro, que partiría del ambiente que se creó y de ver que se necesitaba una correa de transmisión entre los distintos hospitales o manicomios donde la gente se había levantado y no perder esa referencia. No sé en que momento fue, pero eso fue un corre, ve y dile continuo y continuo. Éramos los colegas, entonces era la cosa más sencilla el pensar en ver con los de Madrid que se podía hacer, pero con los de Valencia, Asturias, poco a poco, poco a poco, fue una coordinación de llamadas y de cartas que dijimos, hay que fundar. Y quedó con el nombre más sencillo de la coordinadora psiquiátrica.

¿Qué pasó con la AEN?

En la AEN había ha habido todos los figurones más importantes de la psiquiatría española. No lo voy a decir ahora, lo voy a dejar para después, porque era el que pensábamos que era el que creíamos que era lo mismo que la mayoría y resultó que estaba la mar de sensible a todo lo que planteáramos los antipsiquiatras, era el Doctor Valenciano, creo que vale la pena que se diga su nombre, ya falleció. La AEN era lo que movía la parte intelectual por decirlo así de la psiquiatría en ese momento desde hacía años porque había surgido a principios del siglo XX. La verdad es que pensamos en tomarla entre comillas. Había que hacer algo con la AEN que no siguiera ese rumbo tan tradicional y tan derecho, por decirlo ya de alguna manera completa, como había sido todo ese tiempo. Se hicieron reuniones, no lo recuerdo bien porque yo no asistí a ellas, reuniones con lo que era la presidencia, con lo que era la directiva, para intentar que aceptaran unos ciertos principios de cara a los pacientes mentales de los distintos internamientos cuando los había. Aquello no tuvo mucho éxito, aunque yo no recuerdo cómo fueron los contactos estos de negociación, pero llegó un momento en que yo creo recordar, en uno de los congresos que tuvo la AEN, nos plantamos. Con todos los psiquiatras que estaban en la presidencia, en un acto público en el aula donde se celebraba, me parece que era ya el final de esas jornadas, los más enteros se subieron al escenario y dijeron, pues esto no va a quedar así, ustedes no pueden seguir en esta presidencia, tienen que contar con otros psiquiatras de otras generaciones que estamos pensando diferente y que estamos dispuestos a echarles. Así fue, así de flamenco y así de directo. Había quien pensaba que era un disparate, que no valía la pena. Había quien decía, déjalos, que ellos mismos se queden ahí en ese sarcófago por el tiempo de los tiempos. Había quienes pensábamos que era importante porque pensábamos que el aspecto teórico era lo que había también que enderezar. Pensábamos que era uno de esos micrófonos que podíamos tener y que podían hacerse cargo de una nueva ideología de cara a lo que era la salud mental.

Franco se muere en el 75, pero ya empezaba a hablarse en los círculos pequeños, entre colegas más afines, de la necesidad también de una venida de la democracia. Yo creo que todavía no estaban

formadas las plataformas, la platajunta que se llamó en un momento determinado en Madrid, que estaban formadas plataformas de cara a democratizar también los hospitales. Había una sensibilidad muy particular de la izquierda, de la izquierda más o menos suave o de la izquierda más o menos bronca, de que tampoco el régimen podía seguir así. No nos olvidemos de que la época en la que el Opus con varios ministros, los Bravo, los López, que eran del Opus, aquello se llamaba la dictablanda porque empezaron a meter, digámoslo así, una ideología economicista en lo que era la política de Estado. También España se abrió al turismo extranjero. Ya no estábamos un fortín con los Pirineos con cerrojos. La gente venía porque España era barata, había sol, había playa, la gente era simpática y se podía estar muy a gusto de vacaciones. Fue todo el asunto de los extranjeros y las extranjeras, las suecas, que era lo más requerido, lo mas deseado y lo más programado de lo que fue el turismo. El turismo hizo cambiar mucho al país. Los bikinis no se habían visto nunca hasta que vinieron de fuera las extranjeras. Yo recuerdo que había que llevar un bañador y encima una faldita. Para hacer rabiar al guardia de la playa que te ponía multas lo que hacías era quitarte la faldita, llamarle con la faldita y cuando lo veías correr, te la ponías. Son todos esos absurdos que hoy son cómicos, pero no te creas que no lo pasabas mal cuando corría el de la playa detrás de ti. Yo creo que todo un clima iba cambiando. Y si es verdad que los partidos políticos hubo algún intento de injerencia en lo que eran estos movimientos no políticos, como pasaba con el feminismo. El feminismo, por ejemplo en el grupo en el que yo, ahora se dice, era activista, antes se decía militancia, aunque nos sonaba muy mal a todas porque nos sonaba a militar de hombres, también quisieron captar un poco lo que era la ideología feminista, pero no tenían ni idea. Los colegas del Partido Comunista, decían que el movimiento feminista era un movimiento pequeñoburgues, en vista de lo cual ellos no tenían nada que ver. Aún así ellos intentaban que un presidente o una presidenta de un grupo o de un círculo feminista fuera del partido, cosa a la que nosotros nos negamos siempre, pero sí que hubo algún grupo que estuvo bajo el ala del partido comunista, pero que luego se independizó. Dijeron que no iban a ser transmisoras de las consignas del partido y que o el partido se feminizaba o no había nada que hacer.

Había otros muchos grupos muy diversos, los de la militancia única, los de doble militancia, y aquello también se expandió mucho hasta la muerte de Franco.

Cuando habíamos tomado la AEN, porque yo recuerdo acudir a una entrevista con el ministro con compañeros que ya formábamos parte de la AEN, y le llevamos un proyecto de reforma psiquiátrica, es decir, lo que fue la coordinadora se fue estructurando de tal manera que ya hacíamos una serie de planes una serie de proyectos. Fueron estimados y escuchados, pero no fueron puestos en práctica. Se hicieron unos pequeños retoques en algunos manicomiazos, los más escandalosos y los más tremendos, pero realmente, la reforma, lo que es la reforma no se llevó a buen puerto en aquella época. En la primera legislatura del PSOE se fue absorbiendo parte de esa reforma, pero la reforma completa que yo sepa y que yo haya vivido, no se ha llevado a cabo jamás, pero jamás, jamás. Más porque hay una oposición tremenda por parte de los medicalistas, de decir que la enfermedad mental era médica, de origen médico, de origen genético. Ésos señores eran los que tenían las consultas privadas más importantes o los que dirigían los hospitales psiquiátricos más importantes privados. No nos olvidemos de una serie de nombres ya archiconocidos que tenían las clínicas psiquiátricas más forradas, de extranjeros incluso, yo estuve trabajando una, y eso era una oposición tremenda, una oposición de de aquí no os movéis, aquí no se absorbe nada, y tuvo que pasar mucho tiempo. De lo que decíamos nosotros se adquiriría alguna pequeña cosa que les venía bien para modernizarse, pero la oposición era muy fuerte.

Yo ahora no tengo experiencia de como se funciona más que de alguna visita que le hice a un familiar el año pasado, de alguna vez que me he pasado por las clínicas de Ibiza para saludar a determinadas compañeras o a algún análisis de sangre que me tenía que hacer yo, y creo que eso se ha retrotraído todo, creo que vuelve a ser el paseo por el pasillo y el tabaco como escape y nada más. Ves que hay personal que está sin ningún trabajo un poco más agradable que hacer con los pacientes y que a lo mejor están en el control mirando por la ventanilla que suele haber, qué es lo que hacen en el salón donde se juntan para aburrirse, para dormirse y para fumar y ni ellos tienen una tarea más

gratificante y ni los pacientes la reciben. Creo que sería cuestión de intentar otra vez algo parecido para que los pacientes no estén tan dejados de la mano de Dios y los profesionales no estén tan comidos por el DSM-III y los fármacos y que también disfrutarían más.

La colonización del DSM-III ha sido brutal y los laboratorios con las andanadas de psicofármacos, de antidepresivos, de no sé qué, por todas partes sacando cada año uno nuevo, más o menos caro, más o menos eficaz, más o menos

¿Se abusa de la psicología y de la psiquiatría en tiempos de crisis?

Creo que ahora casi todo el mundo está mal, pero no psiquiátricamente, sino socialmente. Estamos hartos de muchas cosas, se dice que ahora se están recetando mucho más psicofármacos que antes, sobre todo antidepresivos, no me extraña. La situación de la crisis es para enfermarse o protestar, y si no protestas, yo creo que te quedas con un malestar en el cuerpo, sobre todo la gente que no puede comer, que tiene ir a un comedor público, es para enfermarse, no puede ser en absoluto saludable. Lo que pasa es que antes cuando decías, “voy al psiquiatra”, el psiquiatra siempre ha sido una palabra fuerte, todavía hoy lo es en ciertos ámbitos. El psicólogo, lo de voy al psicólogo casi es de buen tono dependiendo de la clase social a la que pertenezcas. Sí que la psicología, ahora se mandan psicólogos a las catástrofes y todas esas cosas, que yo no sé qué pueden hacer los pobrecitos psicólogos con lo de Atocha, cuando hubo las bombas y todas esas cosas, no sé cómo se las pueden apañar francamente, pero igual son más sagaces que lo que uno pueda imaginar y son muy útiles, y eso sí ha ido calando, ha ido calando de alguna manera. Los psiquiatras algunos además se han bajado un poco de su estatus y han dicho, “mire, la voy a mandar un psicólogo o a una psicóloga que le va a ayudar más de lo que le pueda ayudar yo porque va a iniciar una psicoterapia que es complementaria con los fármacos que yo le receto” y algo ha habido de cambio en ese sentido, pero ante catástrofes como la que tenemos encima yo creo que ni los psicofármacos ni nada. Es algo puramente humano, de humanidad, el cambiar esta situación.

Con el famoso Foucault nunca sabemos hasta donde estamos ayudando y hasta donde estamos

controlando. Las barreras entre una cosa y otra son indetectables. Yo creo que tu ayudas por tu carácter, por tu forma de ser a alguna persona, y si tienes un carácter fuerte, impositivo, muy asertivo, incluso lo puedes acoger, son barreras que son indefinibles. Solamente te puede decir el sujeto con el que estás tratando, si es capaz de hacerlo, usted no me diga eso porque me daña o muchas gracias porque me está ayudando.

ENTREVISTA A GUILLERMO RENDUELES

27 de noviembre de 2014



ENTREVISTA A GUILLERMO RENDUELES.

Madrid, 27 de noviembre 2014.

Enlace de descarga en vimeo: <https://vimeo.com/204543845>

Contraseña: **GuillermoRendueles**

Sí, yo vengo de la universidad y del movimiento así antifranquista duro, quiero decir que ya había pasado por la cárcel, había pasado por el estado de excepción y tenía esa biografía de resistencia en el PC, que luego varia radicalmente. Pero en ese momento soy así un aparatiche del PC. Termino en la universidad y por un lado Oviedo es el hospital así modelo, tanto el hospital General como el hospital psiquiátrico porque es la obra personal de un sujeto interesante que se llama López Muñiz. Pepe García, que es uno de los psiquiatras de allí de Oviedo, y que luego va a ser el consejero de sanidad eterno de los gobiernos socialistas, escribió recientemente un libro, bueno, una ampliación, de la tesis de él sobre la obra de ese López Muñiz.

López Muñiz, quiere crear, esa cosa que tenían los franquistas de hacer su gran obra, un hospital general, igual, igual que en Boston. Y un hospital psiquiátrico igual que el mejor del mundo. Entonces se dedica a reclutar la diáspora esa que había por todo el mundo. Encarga así a un gerente espabilado organizar un hospital psiquiátrico modelo, y un hospital general modelo y éste es un lugar atractivo.

Montoya, que había venido de Canadá, es un psiquiatra al que le encargan montar los servicios psiquiátricos en Asturias como si estuviera en Canadá, con los servicios de terapia ocupacional y de laborterapia yo creo que de los mejores de Europa y recluta, en Oviedo no hay nadie formado, una o dos personas formadas en las cátedras. Pepe García había estado en Alemania. Paco Torres, que luego es consejero en Andalucía, había estado en Inglaterra, Medina, vamos, que hay un staff muy muy atractivo.

Hay un programa de residentes que aunque se cobra, que eso te lo habrán contado, como becario se cobra muy poquito. En cambio el programa es un programa literalmente como el que se hacía en Boston. Rotábamos por urgencias, por neurología, por medicina general. Entonces es

un servicio, vamos, un hospital muy apetecible en el que yo intentó entrar. Curiosamente al ser tan personalista no me pillan las listas negras porque, cuando intentó luego ir, cuando nos echan de Oviedo, vuelvo de la mili. Intento entrar en otros hospitales y por aquí que te vi, que estamos en unas listas, que no. Fue público, se hizo campaña. Todavía está gente en Bilbao, haciendo, conmemorando, que hace no sé cuántos años, 30 o 40 de aquello de las listas negras. Entonces en Oviedo no hay y yo era residente y está este equipo que parece como una cosa rarísima en España.

Hay de todo, tiene mucha influencia, este, Tosquelles. Tosquelles está casado con una tía de Oviedo y es una especie de héroe cultural así de los psicoanalistas y una figura muy atractiva. Entonces, yo caigo por allí. El manicomio es el manicomio, quiero decir que con todas las figuras tan altísimas y tan honradas y tan delicadas, a lo que me recuerda aquello no es lo que había contado Castilla del Pino. Yo iba a los seminarios con Castilla del pino por el PC y todo eso. No se parece para nada a la psicopatología Langer. Castilla del pino nos manda leer los textos de psicopatología alemanes, el Langer y todo eso. Las primeras hojas traen la política racial eugenésica.

Lo que se ve allí, es un hospital muy clasificado, está la admisión, que es así, en los pabellones californianos, muy bonito muy bonito, pero luego empieza a haber unos nombres muy rimbombantes: rehabilitación abierta, rehabilitación semiabierta, rehabilitación cerrada. A lo que me recuerda, no es a lo que me había dicho Carlos Castilla de la psicopatología sino al olor de las cárceles y el ambientillo de las cárceles. Todos los trucos que me conocía yo de colonizar una institución total y que luego voy a leer en Goffman, los veo allí y yo creo que esa es una de las ventajas que tengo sobre algunos compañeros. Todos sabían mucho más que yo de todo, pero esas instituciones totales sí me las conocía, más que nada como había que sobrevivir en este tipo, de instituciones. El tema de la cárcel mío, sí, básicamente eso. Luego voy a tener también en la mili otro poco de instituciones totales pero eso se parece no a aquella.

Allí se la cogían todos con papel de fumar y había una psicopatología, unas sesiones clínicas de esas de... Era un solo delirio, una pseudoalucinación, o sea, se hacían verdaderas virguerías, que

me parecía verdadero toreo de salón y eso. Lo de Tosquelles, tenía importancia porque era el primer experimento así, de club social, reproducía íntegramente lo que había hecho Tosquelles. Había un banco de enfermos, hacían bailes, todo ese tipo de cosas. Una experiencia interesante pero a mi juicio chirriaba con todo el ambiente de pobreza. Y estaban pobres a los que no visitaba la familia nunca. Había casos de hospitalismo grande, semiabiertas, pero luego había la violencia y la represión de las cerradas. Había un enorme pabellón de judiciales, doscientos, un disparate.

Los mismos olores, los mismos sabores, los mismos trucos, los colonizadores esos que nunca veías. Los que mandaban. Una de las cosas que tienen que tener las instituciones totales es ver que los jefes no mandan nada porque no están allí. Con quien tienes que tener alianzas es con el celador, un poco mafioso. Entonces ese ambientillo, con sólo mirar así, eso ya lo ves cuando has estado en una institución total y por lo que te va en ello.

Yo aparte tenía mucho interés, quiero decir, que no hubiera hecho otra rama de la medicina que la psiquiatría. Cuando me toca rotar, por neuro, esas eran sesiones científicas de verdad y empollones de verdad, científicos de verdad, estaba rabiado. Las sesiones esas de neurología que, a ver, ¿qué ve usted en esto? Yo no veo nada. Que me gustaba la psiquiatría pero que hay dos discursos radicalmente... Hay un pabellón infantil con críos allí ingresados, también con ambiente así psicoanalítico que chirría ampliamente. Había allí críos violentísimos es eso que llegabas y tenías que ponerte así con las gafas porque te las arrancaban. Dulce María Martínez Sierra, que es una de las primeras psicoanalistas, interpretando aquella violencia y aquellos críos, entonces es que había mucho contraste en todo eso.

El ambiente teórico curiosamente es muy progre cuando yo llego. Por eso te decía que conviene que hablastes con Onésimo, Onésimo González. Varios de ellos acaban de estar en un Congreso que yo no estoy, en Málaga, no sé por qué extraña magia se dice que los medios deben de organizarse. Es un Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, yo creo que del 70, 69, o por ahí, que deben de organizarse según la autogestión y según el modelo de la comunidad terapéutica. Y aquello cuela, como lo ha aprobado una asociación científica, para ser uno de los motivos de la huelga

donde, el conflicto se va, donde nos diezman, porque en teoría la autogestión era escoger a los que los residentes, estar en una comisión paritaria, que se les escogiese. Ahí hay dos que dice la dirección, que a sangre y fuego los impone. Quizás una cosa de provocación, pero bueno, cuando yo llego, hay ese ambiente, ya digo, en todo ese staff reclutado por López Muñiz, de gente

¿Por qué en Asturias?

Por López Muñiz.

¿Por qué él se va a Asturias?

No, no, es un tío del opus, una de esas cabezas, el franquismo es muy raro.

De hecho lo echan, en uno de los conflictos, y ponen a uno azul. Quizás eso lo puedes saber mejor en lo de Pepe García, pero no hay explicación. En el franquismo había modernizadores, los del Opus eran de alguna forma modernizadores y querían hacer su gran obra.

¿Es más fácil poner en marcha este proyecto en Asturias que en Madrid?

Yo creo que sí, que allí por ejemplo, en Oviedo, no hay ningún cátedra, no hay cátedra de psiquiatría en Oviedo, entonces es un poco así, pero yo creo que es una obra, el franquismo es muy personalista. De repente un presidente de la Diputación, López Muñiz, es presidente de la Diputación de Asturias, de repente al Presidente le da por hacer una Universidad laboral, no sé si conoces la Universidad laboral de Gijón, pero es, si la conoces, es una monstruosidad. Es el mayor monumento que puedas, pero ahora se está cayendo a trozos, y eso fue obra de un azul, de Girón, que como el dinero era del rey, no le encuentro yo ninguna otra cosa.

Tiene gravísimos conflictos con la medicina tradicional de allí al venir porque en el hospital General, tienen conflictos con la burguesía local, pero como es muy débil. Asturias era poco mayor de lo que es ahora, pero no mayor de un millón de habitantes, que no es mayor que un barrio de Madrid.

Por eso debe de haber menor vigilancia del poder, pero no te sabría decir quizás lo encuentres en el libro de Pepe García, porque la tesis de él es de eso y él se fija en López Muñiz.

Es un proceso no sólo del psiquiátrico sino también del gran hospital de Asturias, que tiene un modelo literalmente como el americano. Los jefes de servicio tienen dedicación exclusiva, pero por las tardes pasa su consulta privada en el mismo hospital y cobran el 60, el 40% de esas consultas privadas. En el psiquiátrico, no hay privada porque no hay mucha clientela, son pobres, pero era un poco el mismo modelo. Cuando están en el, hay varios en el Hospital General que sí tienen consulta privada, entonces eso, el crear un Hospital General aquí.

Enfrente está la residencia entonces de la Seguridad Social tomada por los azules y silicosis, que son centros así de falangismo, que conspiran continuamente. Luego va a ser una catástrofe para Asturias porque hay que juntar las dos cosas. Esto, que en teoría es la Diputación, esto que es la Seguridad Social, los jefes se van a llevar, dura hasta ahora el conflicto, hasta hace tres o cuatro años no ha logrado hacer eso.

Ya digo, yo llego allí y me encuentro que no tengo ni idea de nada de eso. Yo llego de médico interno residente, fíjate entonces mi sorpresa, colé por las buenas. No me explico exactamente, luego les va a venir, en uno de los conflictos, un comisario de policía de allí muy famoso, Claudio Ramos, un torturador, se va a molestar en enseñarle fotos mías a medio hospital, en fin, como se les ocurre meter a... pero tampoco tengo yo un protagonismo excesivo. El protagonista de esta época es este, Onésimo González, y yo creo que en parte Paco Torres, Pepe García, ese tipo de staff que han ido a Málaga, son miembros del AEN, son progres.

¿Mayores que tú?

Son mucho mayores que yo. Sí, yo soy un pipiolo, acabé muy prontito, a pesar de la cárcel, a los veintitrés años tendría cuando entré. Y yo sigo allí, también es otra de las ventajas. Soy de Gijón y me conozco bien todos los entramados y cielo allí. Y nada, empiezo a trabajar, me gusta mucho eso

de la autogestión, empieza a ver un movimiento asambleario. No se conoce a Franco Basaglia para nada.

Los más progres que hay son los de la comunidad terapéutica Jones, todos esos. Ahí Tosquelles influye sobre todo en el club de enfermos y en la terapia ocupacional. Lo que pasa es que no se enteran muy bien de como es Tosquelles, como es así una persona así muy extrovertida, muy risueña, no saben lo de izquierdas que es. No se dan cuenta, y porque también es un discurso muy autolimitado. El de Tosquelles, está siempre dentro del manicomio y eso, entonces no, pero no hay así figuras de izquierda. Lo que pasa, es que poner en marcha las asambleas de enfermos, por ejemplo, es dinamita, es dinamita porque ese movimiento asambleario nos transforma a todos. A mí entre ellos, yo entonces era muy estalinista, y no creía en la espontaneidad de las cosas. Mira, por ejemplo se empiezan a votar los permisos, quien sale y no sale de esos pabellones...

¿Con los enfermos?

Los enfermos son los que votan, o a quien se lleva en una excursión. Al poco de llegar yo me votan a mí creyendo que yo soy un enfermo, que es muy gracioso. Me hizo muchísima ilusión, este que parece muy listo, y ya hay muchas tensiones. Mi jefe del servicio dice, ay, cuando veo que votáis los permisos me dan mareos y tal.

Si, se empezaba votando cosas así muy normales, como organizar el baile, yo creo que había esa infraestructura de, había un banco de enfermos, un baile.

Era la época de la autogestión, quizás la literatura, aparte de la literatura de izquierdas, la de CIS, estaba muy penetrada, todos los que habían estudiado en universidades así de los jesuitas, venían con esa copla y el movimiento ese autogestionario. Todo eso se crea entonces, es decir, que muchas cosas, lo del progreso hay que darle la vuelta. No hay tal progreso sin una regresión. Los enfermos yo creo que no se enteraban de, estaban votando como... pero que estaba bien. Yo creo que era aprender a hacerse cargo de sus vidas.

¿Quién es el director, Montoya?

El director es Montoya en ese momento. Se abren las puertas del manicomio. En lugar de ser peligrosos los enfermos, lo que hacen es que nos preñan a dos o tres enfermas, algún salvaje de fuera, porque los de dentro siempre sabían poquito, estaban en la vaquería. La verdad es que de terapia ocupacional nunca volví a ver otro servicio tan espléndido, había vacas, estaba todo, talleres eléctricos, habían pasado por aquí, por alguno de los hospitales del PANAP que tenían algún modelo de terapia ocupacional importante pero aquél era mejor. Entonces, se abren las puertas y entra la gente por allí, alguno viola o se aprovecha de algunas enfermas. Aprovechan eso y el descontrol que hay para cesar a Montoya.

Pero eso fue después de la huelga vuestra

No, antes, el primero es Montoya, lo que pasa es que inmediatamente hay la huelga nuestra, que la huelga nuestra en teoría es por motivos laborales, es decir, es convertir un contrato de becarios, que es lo que somos, en un contrato de médicos internos residentes. Montoya, una de las acusaciones es que tolera y que apoya, no era muy cierto, pero bueno, en una persona tolerante, demócrata y un encanto de persona, entonces, esa es la segunda huelga.

La primera huelga había sido del personal sanitario, que le llaman la huelga de las camisetas, que también es un conflicto en teoría profesional, lo que pasa es que como el franquismo todo se politiza, que es que están contratadas como no sé qué y quieren ser auxiliares de psiquiatría. Entonces se ponen camisetas de fútbol para protestar

¿Y eso cuándo sucede?

Un año antes, se llama la huelga de las camisetas, si buscas en prensa, tuvo así bastante reflejo.

Pepe García le da mucha importancia, en el texto suyo y eso. Entonces, esa huelga nuestra va con lo de Montoya. Es una huelga larga, muy larga esa primera. Uno de los factores por la que se aguanta bien la huelga es porque hay una casa de residentes, vivimos allí, en ese inmenso chalé, somos un grupo muy fusionado, somos amigos hasta el final y coinciden así psiquiatras como Teresa, Teresa Suárez, Carmen Rojero, Ernesto Díaz Noriega, gente así que luego seguiremos siendo amigos en la AEN y era una huelga muy larga, que ahí sí que está politizada. Vamos, está politizada básicamente por mí que como estoy en el PC por ejemplo viene a hablar allí Horacio Fernández Inguanzo, que es un líder de los mineros, buscan firmas los mineros. No sé si estuvo Gerardo, Gerardo Iglesias, quizás estuvo solo.

Está muy politizada. Acusan a López Muñiz, la burguesía local dice “a esto lleva querer hacer pues un hospital en Oviedo” y lo que intentan, con cierta mano es, echamos a Montoya, descabezamos el hospital y no tomamos represalias sobre el resto porque inicialmente nos despiden a todos. Lo clásico de un conflicto de este tipo

¿Influencias políticas?

Yo creo que la Universidad influyó mucho, somos muy izquierdistas. Yo sobre todo, soy muy izquierdista en la teoría. Entonces, era la del PC, un, cualquier foco. El franquismo, según Carrillo, estaba dando las últimas bocanadas, va caer de un momento a otro, entonces hay que extremar cualquier conflicto y llevarlo hasta el final, yo creo eso influye muc

Empieza a haber afiliados. A Ernesto lo pillo yo para el PC. Pepe García, está muy cerquita, muy cerquita del PC, empieza a haber una entrada. Ya digo, en una asamblea de médicos normales, había dos del Opus, llega a un clandestino del PC, a decirles que ánimo y a traerles no sé cuántas firmas de los mineros de apoyo a las huelgas y todo eso. Hay un momento de efervescencia. Aquí, también, en Madrid, aquí en la Concha había un montón de...

El que negocia cuando echan a Montoya es el presidente del Colegio de Médicos que es un tal Lafuente Chaos. Yo no sé si sacó la pistola, pero que la llevaba seguro. Pocas veces he visto yo

356

un facha en toda... Hay una comisión en la que llegan a ese acuerdo, Lafuente Chaos y el Colegio de Médicos, echamos a Montoya y os admitimos a todos. Y hay una asamblea posterior en la que decimos que el conflicto lo empezamos con el director y vamos a salir con él, o todos o ninguno. Y vamos a decírselo a Chaos, los médicos entonces de este colegio es que eran entonces de color azul azul. “Han profanado mis canas”, dice este cabrón, ya te digo, a ver por donde echo a correr.... y lo más directamente de allí. Ya te digo, la gente formada en el extranjero, casi toda, no conocían, no sabían cómo se las gastaban. Yo creo que no miden bien, nadie los cree capaz de que vayan a deshacer un hospital, como al final pasa, quiero decir que, el resultado de que era una postura absolutamente izquierdista es eso, echan a todo el staff, menos a tres del staff, a todos los residentes, como si fuesen a asaltarlos los indios, la casa de los residentes la tapian y todo eso.

Entonces, yo creo que es un momento así, de gente venida de fuera, muy halagada por el prestigio que tiene, empiezan a tener ofertas de trabajo, Conxo empieza a querer reproducirse, ¿por qué se hace en Conxo? Pues no tengo ni idea, por un consejero de allí.

Entonces, yo creo que hay que hay una visión muy optimista, que la democracia está al caer, que la autogestión es posible, y todo ese tipo de cosas. Pero ya te digo, no sabría a analizar así muy bien, pero ocurrió así. Muchas veces coincide una masa yo creo que de buena gente, que al haberse formado fuera, aunque no es una conciencia así muy izquierdista, si eran demócratas. Yo creo que allí todo el mundo era, y solidarios.

Lo de Montoya a mí me parecía ejemplar, alguien con muy poquito carisma, como era Montoya, pero muy buena persona. Cuando ya parecía todo arreglado, que se diese la vuelta a eso y que se aguantase aquello fue importante. Eso en lo político y en lo asistencial, ya te digo, Tosquelles tiene influencia. Y luego empiezan a llegar los ecos italianos, fundamentalmente, por eso te decía que Ramón es una persona importante y todo eso. Ramón ha estado con Basaglia, Ramón y otra psiquiatra de entonces que se llamaba Ana Seró, que se murió hace un montón de años y empiezan a llegarnos de allí. Por otro lado, los americanos si conocían ya Goffman.

Por aquellos años me parece que Goffman empieza a ser el presidente de la Asociación de Psicólogos Americanos e Internados es de los primeros libros que devoramos. Internados es un libro central en lo de, en lo de allí, pero todo está muy mezclado. Ramón escribe sobre la izquierda freudiana, yo hago la tesina sobre la izquierda freudiana también, pero vamos, ahí hay una amalgama, pero la práctica que nos une es la asamblea. Eso nos transforma radicalmente y nos transforma a los propios psiquiatras de entonces y eso que espabilamos. Y de ahí sale algún panfleto tratando de juntar esas tres cosas. Goffman, sobre todo Goffman, Franco Basaglia, a través de Ramón García. La comunidad terapéutica, clásica, terapia ocupacional, laborterapia, todo eso, que un poco eso lo lleva Tosquelles, de una forma, un poco, ya te digo, un poco alocada, pero a la vez muy atractiva. El análisis permanente y todo eso que eso. Reus, también hay un contacto con el hospital que él tutela más, que es Reus.

Ese primer conflicto, tenemos éxito, el primero de las camisetas tiene éxito, nosotros, este segundo acabamos con contrato. Es decir, aparentemente ganamos, Montoya mantuvo el contrato. El hospital es muy satisfactorio porque es así como una ebullición de ideas.

Leopoldo Irriguible es otra persona importante de los residentes. Acaba luego en Mallorca o en Ibiza. Es pintor, y así, conocido. También es otro de los del PC. Empieza a haber ahí una toma de conciencia. Entonces estamos muy crecidos, tanto en lo asistencial como en lo político, y el tercer conflicto es que hay que seleccionar, como todos los años, unos residentes. La Diputación ha cambiado, y ahora son azules, azules. Y un cura trabucado, que era Mondante, que llega así de sotana, al que sólo le faltaba, ya te digo, el trabuco para darnos trabucazos, y dice que, sus cojones 36, caídos allí.

Yo creo que era una provocación porque era tan burro, uno era el hijo de no sé quién de falange, y otro enchufado, un tal Cabezudo. Quedamos sobrecogidos, decimos, “bueno, este tío está chiflado”. Con todo esto que hemos ganado. Eran seis, había que seleccionar a seis y dice, “estos dos aquí van a entrar”. Van a entrar, van a entrar. Hay un conflicto de residentes. Lo apoya luego el staff y ahí es el despido a todos y la intervención ya de la apisonadora de la policía. Este comisario de policía

muy famoso, muy famoso se mueve, empieza a haber ya de verdad detenciones.

A mí me cogen y me mandan a la mili primero a Ferrol y luego a Gomera y a todos los demás los dispersan por ahí. Unos van a Conxo, otros al PANAP, lo cierto es que el PANAP se portó muy bien, saca unas plazas por ahí. Es un conflicto largo, de tres o cuatro meses de encierro. Hay bastante solidaridad aquí en Madrid. Venimos varios de Oviedo a tratar de movilizar, yo me acuerdo de dormir en la Concha, con Pedro Sabando, entonces andaban por la liga. Se agota la solidaridad y al final del staff primitivo quedan tres personas y dos residentes, uno del Opus y el otro chaval, y los demás dispersos, y ese es el fin del conflicto de Ovied

¿Qué es la Coordinadora?

La coordinadora, es la coordinadora, como entonces el modelo es si una o una a significaban seis años a la cárcel. El modelo es el de Comisiones Obreras. Las comisiones obreras que nacen en Asturias, con minúscula. La comisión de la mina La Camocha, es un organismo espontaneo... el tribunal no te condenaba, cuando son las Comisiones Obreras, algo ya formalizado, era asociación ilícita y eran seis años de cárcel. Entonces la coordinadora era un órgano que se formaba literalmente con minúsculas, coordinadora de los hospitales en lucha, los que se ponían en huelga, nos llamamos por teléfono y formábamos la coordinadora que cuando acababa el conflicto desaparecía. Posteriormente, ahí hay una pelea gorda que dura hasta los 2000, que, Ramón es quien te puede contar. Algún artículo tengo yo por eso, de la coordinadora, la compatibilidad o incompatibilidad de la coordinadora con la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que hay un Congreso famoso en Valencia, me parece que es en el 73 o en el 74, que ahí por ejemplo yo ya empiezo a romper con el PC. El PC presenta una candidatura que están Carlos Castilla del Pino, este de aquí, que estuvo siempre...

Era el modelo habitual. Tomar el colegio de médicos, tomar el colegio de licenciados y profesores, tomar las instituciones...

¿El modelo habitual de...

Del PC, el PC entonces era todo. Yo no conocía a nadie del PSOE, en ningún lado. En aquellos tiempos era PC e izquierda, izquierda así, todo lo que quieras pero la hegemonía de esos años de lucha, antes de haber habido el PSOE y eso. El modelo era lo que llamaba Carrillo la unidad de las fuerzas del trabajo y la cultura. Y las fuerzas de la cultura tenían que tomar los colegios profesionales y eso, y de hecho, se toman. El colegio aquí de licenciados y doctores en Madrid y todo eso. Entonces, ya te digo, Castilla tiene una candidatura. Yo llego a ese congreso recientito de la mili y frente a ella y de forma sorpresiva, esas coordinadoras que había, que nadie sabía muy bien que había, que no había, plantean en el congreso, que eso del congreso es una pijada, que las luchas están en los centros y que, o están en los centros o no está ningún eso. Se rompen todas las ponencias con gran escándalo porque bueno, sabes en la AEN se votan las ponencias y hay siempre una lucha de poder a ver quién pone la ponencia.

Entonces se dice que no hay ponencias, asamblea permanente, es así, muy de mayo del 68. Nada, y misteriosamente en una votación donde parecía que estaba todo amarrado, gana la coordinadora. Se decide no intervenir la AEN, queda aquello como un desierto. Ramón García es quien protagoniza eso con otra gente, Ana está también, bueno, hay bastante gente de Conxo, casi toda la gente de Conxo está en esas posturas, entonces la influencia de Basaglia, es muy directa, muy directa. También aparecen por aquí Guattari y alguno.

Tu acabas en Oviedo y entonces...

Luego, me vengo aquí a Madrid. Intento buscar aquí en Madrid, estoy en esas entonces listas que ni hablar. Cuelo en Ciempozuleos, porque las monjas son anacrónicas y no miraban, también le echan una bronca cojonuda, cuando llega por ahí no sé qué jerarca. De ahí paso a Cataluña, y a un hospital en Gerona, donde estoy muy a gusto, y de ahí a Oviedo otra vez, ya directamente.

¿Entonces es cuando contactáis con Basaglia?

Sí, Ramón García lo empieza a traer, ya lo empezaba a traer porque sí habían estado en Gorizia, Ana,

él y algún otro de Cataluña, tenía una relación buena y empieza a ir todo el mundo. Con Basaglia se tiene un trato. Yo recuerdo varias conferencias ahí cuando estoy en Salt, en Girona, y es una figura muy carismática. Yo recuerdo un programa, ¿cómo se llama? La Clave, que está él con varios así de la antipsiquiatría.

El movimiento por un lado en cada hospital es completamente distinto, cada hospital un poco, esa dispersión de Oviedo y eso, hace que no haya ningún corpus teórico ni nada, y casi todas las huelgas y los movimientos de lucha, vamos, los movimientos de lucha son defensivos. Cuando se cargan Conxo, yo voy con Guattari, y con varios allí a hacer, se hacen ahí varias reuniones de la coordinadora y el movimiento de ruptura posterior es entrar en la Asociación Española de Neuropsiquiatría otra vez, es decir, la quiebra del espontaneísmo, y la pervivencia de las dos estructuras hasta muy tarde pero que vamos quedando el último que cierra la puerta, es decir, que al final la coordinadora somos dieciséis o veinte personas, así, que nos, de los últimos, está González Duro, una de las últimas reuniones es con Enrique González Duro.

Se puso en marcha como una institución paralela...

Era pervivir la coordinadora, continuar lo de Valladolid un poco, es decir, todos nos integramos de la AEN. Ramón también, y forma parte de una de las comisiones, pero pasado un tiempo hay un discurso en la toma de, que comento yo en algún artículo, de Pepe García, cuando es presidente de la AEN, que comienza literalmente así, “ya no somos la coordinadora”, que pasa muy desapercibido y que insisto yo un poco que es eso que ya no somos, que es el congreso de la Asociación de Oviedo, de neuropsiquiatría de Oviedo, donde un poco ya el PSOE es hegemónico y pone el modelo ese de dejar lo hospitalario, cerrar lo hospitalario y empezar la medicalización así en los centros de salud mental. Todo ese modelo nace en ese momento. Y en eso, los propios dirigentes, se hace, vamos, Pepe García, es consejero de sanidad eterno. Paco Torres también, un poco la divergencia está yo creo que en ese congreso de Oviedo, ese es, no es una ruptura así radical, es decir, que estamos en las dos cosas, yo estoy en la Asociación Española de Neuropsiquiatría ilustre y la coordinadora, es decir que no había

una militancia así partidaria ni nada por el estilo.

¿La reforma del PSOE acaba con todo esto?

Radicalmente.

¿Vosotros habíais pensado en un modelo tipo Basaglia?

Sí, no, no, siempre, la coordinadora somos los derrotados, los perdedores de todo ese modelo de reforma que contradice absolutamente. Alguno de los manifiestos, Ramón los tiene todos, quizás te pueda interesar, todos empiezan así, que somos los que perdemos, que la medicalización supone de alguna forma todo lo que, ya somos todo lo contrario que habíamos luchado, el triunfo de los laboratorios, y toda la crítica esa que hacen los....

¿La divulgación desde modelos deterministas -médicos y sociales- pudo facilitar la asimilación de un modelo médico?

Hombre, el proceso, yo creo que no hay que echarle la culpa sólo a la cosa psiquiátrica, cuando sale en los centros de salud mental y se empieza a aplicar un modelo llamado comunitario, lo que está pasando en la realidad del país es que la comunidad se está, se está disolviendo, que lo que hay es una petición masiva de apoyo individual, de terapias absolutamente individuales y ante la que no se opone ninguna resistencia.

La gran crítica que se le puede poner a ese modelo es haber consentido. El consentimiento un poco con lo que piden espontáneamente las masas, vamos la gente que va a los centros de salud, deme terapia, deme pastillas deme, deme, deme. Y se llaman centros de salud mental pero son ambulatorios, quiero decir ambulatorios ampliados, con más horas, que no sabes muy bien. Yo a veces he pensado que mejor hubiera sido seguir con lo que había de neuropsiquiatría y dejado ahí un campo abierto, porque dar más horas supuso un proceso de dependencia así de masas que favoreció ese individualismo. Se ve en la salud mental infantil. Qué catástrofe fue darles una atención para que

los críos tomen Ritalin ahí a saco, y yo creo que fue ese doble modelo...

En prensa se divulgaba, por ejemplo, un modelo tecnocrático de agudos y crónicos.

Muy médico el primero y muy comunitario el segundo, pero desde una comunidad muy aislada.

Los riesgos de ese modelo ya se conocían. Ya se había publicado a Castel y Foucault.

Sí, yo creo que porque esa fue la historia de la transición. La mayor parte de aquello, por seguir eso que llaman biografías, porque acaban todos entre los que mandan.

Sí, pero parece como que ahí está apareciendo algo y de repente...

Pues porque se nos derrota, los conflictos sociales tienen ganadores y perdedores

Se empieza a mezclar la política y la psiquiatría en la calle, es una forma de protesta política pero en torno a la institución y a la salud -y los riesgos de perderla- ¿Qué sucede luego con todo este apoyo masivo? Había una capacidad de movilización y compromiso muy fuerte

Sí, yo creo que eso, porque no sólo la psiquiatría, sino que yo recuerdo los MIR de medicina somática con los que yo conviví en neurología, yo los veía como extraterrestres. Había una competitividad, que yo creo que ahora no hay en absoluto. Todo se estudiaba 18 horas al día con los flexos y esos empollones se ponen en huelga y son, que les duele el alma perder ocho días de ver al neurólogo. Eso desaparece en la medicina somática también, esa especie de conciencia, desaparece. En psiquiatría, un poco que lo que dices es eso, lo que hay que hacer es modernizar todo eso. Lo que había hecho el franquismo era una especie de anacronismo, la transición es eso, tenemos que ser un país como todos, donde hay que dejarse todas esas cosas, las propias organizaciones. Pierden, el PC pierden 10 de cada 20, vamos, se van reduciendo. Entonces la misma pregunta, ¿por qué no se persevera en ese tipo de resistencias?

Yo creo que porque ganan los otros, ganan los otros. Es una ideología mucho más potente,

no había un sustrato real, yo creo que todo eso que se analiza de Europa, todo eso aquí pasa antes, el franquismo sí había creado, yo creo que había creado una ideología, una clase así acomodada, coincide con el desarrollismo, las votaciones son sorprendentes.

Organizaciones que no habían participado en nada en la lucha como el PSOE, son absolutamente mayoritarias y eso atrae a gran parte de los psiquiatras y se refleja en las asociaciones profesionales. La AEN es un buen ejemplo de eso, si la línea política de Carrillo había sido infiltrar los Colegios Profesionales, la del PSOE es mucho más práctica, que nos los den criados, estos críos tan bien formados y tal, hala, director general de no sé qué, jefe de servicio, a todos nos hacen propuestas, vamos, yo no quiero contar así ninguna historia pero si a todos nos ofertan secretarías, porque no tenía el PSOE, quiero decir, es como si ahora gana Podemos, que va a tener que buscar, el PSOE podían ser una docena de personas...

Así que se hace una reforma sobre un modelo comunitario pero sin comunidad.

Sí, que esa deriva, que a lo mejor no tiene una idea directriz, a lo mejor no se ha reunido sino que es la deriva de los hechos. La teoría era otra, era la de la comunidad, los centros de salud mental iban a ser, no lugares de atención primaria, de atención médica, no, lugares de atención comunitaria. Iban a crear grupos, iban a recoger, iban a desmilitarizar, todo eso. Si lees los textos, no hay una teoría de lo que va a pasar sino que hay una deriva muy lenta en la que la práctica desde luego contradice radicalmente la teoría.

Cuando los centros de salud mental son ambulatorios, el rollo sigue siendo la comunidad, nosotros somos los comunitarios. El enemigo es López Ibor y la derecha psiquiátrica y tal, en la práctica lo que pasa es eso, que no hay ninguna diferencia entre lo que hago yo en el Centro de Salud Mental y lo que hace uno de López Ibor. Me ponen a dieciséis, ¿a ver qué coño voy a hacer? Pues darle fármacos, pero, a ver, quiero decir, es el momento en que una práctica se burocratiza, se ponen pautas. En la unidad de agudos, lo que tú dices, en 15 o 20 días de estancia ponte a no dar fármacos o a no atar a la gente, pues yo creo que no.

Pero yo creo que sí, la ideología, si es lo que me preguntabas, la ideología real pasa al maquiavelismo, todo el mundo está conspirando con grupos, subgrupos, grupúsculos, para coger un puesto la AEN que va a llevar luego a un puesto en la administración. En un artículo mío miro cuantos puestos de la administración han pasado antes por la Asociación Española de Neuropsiquiatría y todos, todos los que han sido luego consejeros de sanidad, subconsejero de sanidad, han pasado por la AEN, los mismos que has entrevistado tú, Carmen Sáez, todos han...

Entonces yo creo que el análisis de una derrota como fue la transición un poco se mezclan muchísimos factores. Yo creo que lo fundamental de todas formas para no ser muy malévolo con mis compañeros es la gente, quiero decir, que desde luego esa ideología que tú dices de Ajoblanco de todo eso, eso son extraterrestres para las masas que van a los centros de salud mental. Las familias que van ahí que tiene una ideología, enfermedad mental, pastilla, cúremelo

¿Apoyan los psiquiatras ese discurso en la divulgación que se hace de los conflictos en prensa?

No, eso es protector, eso es como que había que darse una apariencia a como dé. Ya te digo que lo primero fue el Congreso ese de Málaga, todos los escritos de Oviedo están porque los técnicos aseguran que la mejor asistencia psiquiátrica es con el modelo de la gestión, de la autogestión, que yo creo que eso es un poco protector frente a la represión que va a venir detrás. Quizá el que menos sea, sea el de la Santa Cruz, el de Ramón García, es yo creo que es el que menos. Hay una tesis doctoral publicada sobre la Santa Cruz que es un antropólogo de Tarragona, Comelles. Quizás en Sant Pau como lo de Basaglia era más directo, son los más teóricos...

En ese modelo de autogestión influye Basaglia. ¿También la antipsiquiatría inglesa y francesa?

Sí, de los franceses sí que hay alguna influencia, una revista que tiene mucha influencia que se llama Art Fou, que es de los troscos básicamente y eso, Y la influencia así trosquista y eso, hay un distrito muy famoso en Francia, que es el 13 de París, que es ese modelo comunitario Paumelle y todo eso, unos libros que los ambientes psicoanalíticos tienen mucha importancia, que se llaman

psicoanálisis sin diván, si es posible, las instituciones, la palabra libre del psicoanálisis, tienen influencia, sobre todo en el grupo de Reus y en el grupo más influenciado por el psicoanálisis

De la psiquiatría inglesa muy poquito, muy poquito, muy poquito. Las películas esas que nos llegan, Family Life, pero más cultural que propiamente psiquiátrica. Los textos así de ellos, algunos cuestionarios sobre la familia, yo si los empleo, yo si soy de esos de la integración familiar, de esos larguísimos. Y luego yo estoy en la Universidad y eso hace que, los alumnos si tienen mucha, mucha importancia. Y traemos a Cooper, viene Castel y David Cooper, el jefe del departamento es Gustavo Bueno, que si lo conoces es una figura muy autoritaria. Entonces entre Cooper, que está borracho todos los días, de que el Congreso por poco salimos por peteneras, pero sí penetra culturalmente en Oviedo, luego yo esos primeros escritos de Phillipson y él, esos textos que salen de Amorrortu, el texto de la familia cuestionada, yo creo que es lo único que hay por lo mal que nos sale aquella invitación a Cooper. Se muere dos años después, la verdad es que estaba mal, mal día. Luego Castel, que nos pone en contacto con Fernando Álvarez Uría y Julia Varela, que son los dos amigos de siempre y todo ese movimiento sociológico un poco de Castel, lo que pasa es que Castel en algunos aspectos es bastante reformista, quiero decir, que plantea lo posible, no lleva las experiencias mucho más allá, pero en algún grupo en el que yo participo, lo de Castel si es una figura, relativamente, vamos, el año pasado hicimos en el Bellas Artes un homenaje a, cuando se murió y eso, que resumía la influencia que había tenido, con ese libro Psicoanalismo, ese fue básico en la crítica antipsiquiátrica.

El grupo de Reus no sé yo que fue de él, porque un grupo completamente tutelado por el modelo de la psiquiatría francesa, el del sector directamente por Tosquelles, iba todos los meses. Yo los perdí de vista y ni estaban en la coordinadora ni en la AEN ni en nada, aquello era un desierto que no te puedo yo comentar.

La influencia de Sartre es un poco es esa, Castel, la tesis de Castel es que el freudomarxismo es Sartre, es un poco la teoría. Y Basaglia, uno de sus libros de inspiración fundamental es Cuestiones de Método. Ese texto de Sartre, Basaglia, entonces, era su influencia, pero no, Sartre era inaccesible, una figura completamente protegida por sus mujeres. No te contestaba nada, no tuvimos ningún

contacto. Franco Basaglia, trató muchas veces de contactar, de que le prologase algún libro, pero que era un patrón de esos francés, muy difícil.

Curiosamente, Foucault no. Con Foucault, alguna entrevista si tuvimos, era muy distante, a través de la primera mujer de Castel que era psiquiatra e iba a los seminarios y en alguna visita así a París nos llevó a alguno de los seminarios y luego a tomar un vino con él. Era muy interesante y luego era muy apasionante, los seminarios, sudaba, se ve que está pensando a todo meter y nos deslumbraba. Yo estuve uno sobre las peritaciones psiquiátricas, no sé si está publicado, pero merece la pena ver un poco lo listo que era, lo formado que estaba, y luego ya digo, en lo personal era una persona, yo le vi esa vez, escuché un discurso, algún otro quizás, pero tenía una enorme influencia a través de Castel, de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, que son los que tradujeron su obra hasta que el sobrino este les metió un pleito y arruinó la editorial.

La Piqueta tiene influencia en el movimiento antipsiquiátrico, publican textos que nos influyen bastante, por lo menos la facción así de la Coordinadora. Ramón García es un buen amigo también de Julia y de Fernando, tenemos ahí una pequeña red, que ya estamos en el mundo libertario, ya no estamos en la piqueta, ya se mueven más en el movimiento neo libertario que en la vieja izquierda.

¿Y Ajoblanco?

No, no, no tenemos nada, a pesar de que yo trabajo cinco años en Cataluña... algún texto que les mandamos no nos lo publican, no tienen así, parece un coto cerrado, en las dos mandamos algún texto así alguna vez la coordinadora y no, no nos lo publican. Porque en Anagrama Ramón si había publicado varios breviaros. Ramón García y Ana Seró también, había publicado alguna cosa sobre Basaglia, que yo creo que es interesante para conocer las teorías entonces, los breviaros de...

¿Desde qué modelo de asistencia trabajáis?

Es distinto, ya te digo, eso es común, hasta los centros, hasta que se impone un poco el modelo del PSOE, la teoría, si les preguntas a cualquiera de los directores de por ahí, te diría que es la misma,

que son basaglianos, que participan en lo de internados y que son un modelo comunitario, es decir, que ante la flojera teórica de los otros, que los otros no tienen nada, quiero decir que la psiquiatría llamada crítica fuera de eso es una cáscara vacía. Si preguntas hoy sobre que es la psiquiatría comunitaria, ¿qué teóricos?

Yo no, no, y soy amigo de todos ellos, pero que cuando discutimos teóricamente, en teoría parece ser que no hay ningún choque. Lo que pasa es que la práctica es tan avasalladora, te meten 18 pacientes por día, once días de estancia media y puede ser en teoría lo que quieras...

¿Qué queda entonces de los modelos comunitarios?

Sí, los dos fracasos es que son reales, es decir, concretándolo, sacas un piso, allí en Oviedo de enfermos mentales y las primeras manifestaciones son de los vecinos. En Asturias ese rechazo de cualquier cosa comunitaria llega a un centro de viejos, un modelo, además una señora muy religiosa, uno de esos modelos para ir a morir, un asilo de esos, con una enfermera y eso. Y también hacen unas manifestaciones los vecinos en medio del campo que sus niños van a traumatizarse de ver muchos coches fúnebres. Entonces esa experiencia yo creo que es demoledora para los tecnócratas, cuando pasa eso lo de los pisos. En Oviedo llegaron a quemar, una asociación de vecinos mi pueblo de Gijón, llegaron a quemar un centro para toxicómanos y lograron que fuese el centro para toxicómanos un lugar en ninguna parte, que era el autobús ese, entonces, ¿qué se plantean los tecnócratas? Pepe García cuando dice, “vamos a hacer un estudio actitudes, a ver la población que actitudes tienen ante la enfermedad mental”. Ya, el estudio de actitudes y todo el mundo estupendo, los enfermos mentales tiene que estar en la comunidad, y dice, “¿pero qué problema hay?” Si las actitudes son muy buenas, digo, “bueno, pues te metes ese trabajo en donde te quepa, porque yo voy allí y no me da un café con leche en el bar de abajo porque saben que vengo... y no paran hasta que nos echan”.

Entonces, ese choque con la realidad, que vivíamos en un país donde el fascismo había hecho cuerpo con la gente, pues te quedan dos actitudes, ser muy *friki*, que podía ser mi caso, de seguir así trabajando en lo mismo pero manteniendo por lo menos una ruptura en el discurso teórico, porque yo

insisto, no es que yo haga maravillas si preguntas a mis pacientes, me debo parecer extraordinariamente al del cuarto. Quizás le receto cosas más baratas y más antiguas, pero mantener por lo menos... la práctica como todo, hay que pararse en los semáforos. Los residentes están colonizados por los laboratorios, los laboratorios no hay Congreso que, y mantener el discurso teórico. Mantener de alguna forma.

¿Por qué no se hace eso? Yo a lo mejor soy muy académico, pero si me creo lo de la disonancia cognitiva, es decir, que cuando empiezas a hacer una práctica o eres muy firme en tus discursos teóricos o la práctica te lleva racionalizar eso. Y esa racionalización, como en psiquiatría todo es tan vaporoso, es decir, comunidad, no sé qué, mantener un cierto vacío teórico diciendo que estás haciendo psiquiatría comunitaria y como dicen que viene una regresión tan brutal. Pues con un poquitín, ahí siempre hay refugio para todos. ¿Por qué esa disonancia cognitiva deshizo todo ese movimiento? ¿Por qué éramos tan poquitos? Esa es la pregunta, ¿por qué erais tan pocos en la Coordinadora que al final os reuníais ahí en el Marañón erais quince o dieciséis..

¿Vuestra alternativa implicaba empezar a cambiar la comunidad? La enfermedad mental se producía dentro de una comunidad que había que cambiar y no al revés, ¿ese era el modelo que teníais?

Era el modelo que teníamos, de hecho, en varios escritos, y por lo que me tocó personalmente, yo creo que el único movimiento que recogió la cita de nuestras ideas fueron los insumisos. Yo escribí bastante sobre la insumisión y traté de que me empaquetasen en el juicio de mi hijo que le condenaron a dos años porque un poco ese era el modelo.

Que la crítica del manicomio era como decía Goffman, la crítica de las instituciones totales y lo del Archipiélago era el título por ahí. Archipiélago era el conjunto de instituciones totales que había que romper, un poco, la psiquiatría éramos capaces de crear asambleas y, aquellas personas que a lo mejor habían estado 10 años sin poder decir ni pío que a lo mejor votasen, que a lo mejor eso podía pasar en esos otros lugares donde el poder no se ejercía igual que los manicomios. Y ese era un poco

el modelo, y el que esperábamos, por eso digo que fue tan importante caer del guindo cuando los primeros pisos, las primeras comunidades terapéuticas, que nos recibiesen a palos y que aquellos de Franco Basaglia, no sé si recordáis cómo termina una de las historias de Locos a Desatar, que uno de los pacientes enseña así una pieza que acaba de hacer, cuando le contaba yo aquello a los trabajadores reales, se descojonaban de mí. Sí, hombre, para tontos estamos nosotros, como estaban todos a ver como trepaban por comisiones y UGT. Entonces, Ese choque con la realidad como yo, demoledor, sobre todo para gente que era muy optimista y que quería ganar. A mí me parece mal que la gente no acepte ser perdedor y que, no quiere salir derrotado, es lo que me parece a mí que provoca ese modelo de disonancia cognitiva y que luego la práctica te va llevando aunque disuene un poco la teoría a que disuene cada vez menos y al final a que estés inventando enemigos, la privada, la no sé qué, y olvidándote de aquello.

Yo me hinché de dar charlas sobre esa historia, sobre los conventos, ese modelo de Goffman de que las instituciones totales. El papel, ese era muy muy eficaz y el único sitio en el que sonó nuevo, yo creo activo, fue en los chicos insumisos, que fue una historia estupenda. La última vez que me sentí yo ya que iba bien y a partir de ahí como que nada.

Ahora empiezan a salir algunos textos de la insumisión de entonces, que como todo lo que no triunfa del todo acaba siempre mal, con enfrentamientos entre la gente. Ese era el modelo, lo mismo que nos deshicimos la mili, deshacer todo el sistema, porque ellos, ya digo, si se siguen los escritos de la chiquillería insumisa, son todos los nuestros. Las pintadas son las mismas, abajo los muros de los cuarteles, toda... y luego eso se pierde, ni siquiera se priorizó eso, que debería haber sido, como esa cantidad de miles de jóvenes que se liberan de... yo de las dos experiencias mías, la cárcel y el cuartel, no tengo ninguna duda de que es 80 veces peor el cuartel.

Como los que ganaron esa pelea no les hacen estatuas por ahí, no sé, quizás las luchas necesiten más sedimento, más historia. Las fábricas también son instituciones totales, y claro, va a la inversa. Si te va mal en la fábrica es porque tienes un jefe perseguidor, un proceso individualizador que penetra tantísimo que no nos dejó mucho.

¿Desde esos procesos individualizadores sería posible un cambio colectivo?

En Madrid quizá se nos ha pasado eso, la influencia teórica del psicoanálisis o de una figura, ha sacado dos libros Francisco Pereña, su historia autobiográfica, y Fragmentos de la Vergüenza. Cuenta como se racionalizó el lacanismo y poslacanismo de él, esa figura de ser muy progre, de proceder de la extrema izquierda, justificó a un montón de gente que venía de la antipsiquiatría, que había que acomodarse, que lo importante era que circulase la palabra. Todas esas historias lacanianas. No me di cuenta hasta que leí sus libros.

Difícil esa teoría de Pereña del sujeto. De que, sólo cuando alguien se asume como sujeto, con espacios subjetivos, distante de la culpa es posible reactualizar lo colectivo.

Yo veo, vamos que cada maestrillo en eso tiene su librito pero que, yo soy partidario más de los grupos de pertenencia reales, me parece que si no hay esa experiencia de grupos muy sólidos, muy sólidos, desde lo propio familiar, sin esa retaguardia, esos grupos, por ejemplo si me parecen los grupos religiosos que ahí si hay una vivencia, en ciertos grupos religiosos, no en lo del obispo, Pero que sí hay ese sustrato que permite intervenir colectivamente de por vida, no dos o tres añitos, sino tener eso que llaman vocación, articularla desde ahí. O los sujetos son muy fuertes, muy fuertes, muy fuertes, que es un poco lo que plantea esa clínica poslacaniana de Paco Pereña, y entonces están como a prueba de bomba. Y ahí poco a poco se pueden integrar en lo colectivo, que a mí me parece un camino, pero difícil, porque la soledad es muy dura, dura en los dos sentidos, porque el poder siempre te ofrece, que es el palo de la poca suerte que tengas, siempre te ofrecen alguna cosa, y si no tienes detrás a nadie que te lo reproche, ¿tú también? Me cago en la mar, tú también nos fallaste, que es muy difícil aguantar, me parece a mí, pero vamos, yo admiro muchísimo, la gente que aguantó ahí como Pereña. El solo se pelea, es muy bonita esa biografía por eso, porque dice, no dejé ni un amigo en los grupos lacanianos, y en cambio sigo reivindicando. Pero que es difícil aguantar pero a mí me parecen estupendos, ya te digo, ese tipo que no racionaliza, que muestra las contradicciones.

Y claro, que estamos tan fragmentados que antes de confluir en la próxima, cada uno llegará,

porque la genealogía de aquellos sujetos que llegábamos a la antipsiquiatría y todo eso, también es muy curiosa, que cada uno llegamos hijos de nuestro padre y de los caminos más dispares. Eso pues, el movimiento universitario de uno, pero el movimiento católico creo que en España se infravalora muchísimo, muchísimo, la gente de CISC, la gente de la HOAC y todo eso.

El primer piso, Gerona, en donde van los pacientes psiquiátricos, me la deja a mí personalmente un párroco de allí, de la barriada de Sant, no nos cobra nada. Tiene que aguantar encima a los feligreses que le vayan a tocar los huevos, y entonces, lo mismo que allí, llegó de muchos sitios y de forma muy inesperada.

Sí, porque el gran éxito fue que muchas de las cosas que nosotros decíamos respecto al sujeto en la posmodernidad liberal se ha dado. Ya no voy a ser ama de casa como mama voy a ser lesbiana si quiero, ya no seré arquitecto, sino que me voy a meter en... es decir que ese discurso aparentemente libertario, que era el que aparentemente decíamos nosotros, en el plano individual, ¿no queríais libertad? Pues taza y media, y de alguna forma es durísimo por eso porque parecemos a mí muchas veces me dicen, pero usted qué antiguo, usted, que la familia, que está bien esto de la Iglesia, pues a lo mejor, pero realmente la derrota fue porque lo recogieron todo, mis compañeros más teóricamente de derechas, admiten todo. Siga su deseo, si tal, lo que quieras, los libros de autoayuda. Cosas tan absurdas como la adicción al sexo, todas las majaderías, claro que la lucha ahora es terrible porque se infiltraron todas las categorías y lo nuestro parece por un lado regresivo, de hecho lo es, la defensa de la moral, de la ética, de alguna cosa de esas, del condicionamiento ético.

Uno de los libros que me gustan a mí, Tras la Virtud, como termina Tras la Virtud, no es que estemos esperando a los bárbaros sino que los bárbaros ya están aquí...

Lo único, que no se te desboque ese deseo, si se te desboca vete al psicólogo porque...

Entonces el movimiento crítico se asimila justo en la dirección opuesta a la que proponía...

Lo de los libros de autoayuda es claro cómo se recupera todo el pensamiento, muchas veces son textos antipsiquiátricos, tus zonas erróneas, esas majaderías, recuperan todo el discurso de Wilhelm

Reich, del deseo, el orgasmo, que a mí me ponen erizado, me azoto.

No, no, en el libro de Carolina sale muy bien eso, como para criar un crío, si lo haces tú sola en un barrio de Madrid, y todo eso, es horroroso y que en cambio te vas, si tienes siete hermanos como ella y no sé qué. De repente, uno te coge un niño mientras tú te vas... y luego te pregunta ¿para que se tiene críos? Para cuidarnos, para que nos vais a tener, para sacrificarte por mí, y cuidarme y está bien. Esas experiencias de que sean felices o del sacrificio, yo creo que no son modernas y eso, circula la palabra.

ENTREVISTA A ONÉSIMO GONZÁLEZ

6 de marzo de 2015



ENTREVISTA A ONÉSIMO GONZÁLEZ ÁLVAREZ.
Madrid, 6 de marzo de 2015

Enlace de descarga en vimeo: <https://vimeo.com/201635743>

Contraseña: **OnesimoGonzalez**

Hiciste la formación en Oviedo, ¿verdad?

Sí. Vamos, estudié medicina en Valladolid pero vivía en Bilbao. Nací en León pero vivía en Bilbao. Y entonces la formación médica de postgrado empezaba en aquellos años, yo terminé en el 69. Entonces había una fórmula anterior al MIR, el sistema MIR fue un sistema importado de Estados Unidos. Lo importó fundamentalmente un catalán que se llamaba Soler Durán. El hospital General de Asturias que fue el primero en donde se...

La formación médica especializada actual data de esas fechas. Hasta entonces, en España, simplemente tú te apuntabas en el colegio de médicos con una especialidad y ya está. Te podías apuntar con 18 especialidades. Había unas fórmulas previas en España que eran las de las escuelas. Había unas escuelas, una en Barcelona, en el hospital San Pablo y otra en Basurto, en el hospital de Bilbao, de formación de médicos internos. Una especie de formación de posgrado parecida a la de los MIR, como un becario. Entonces, terminé la carrera Valladolid. Vivía en Bilbao mi familia, e hice allí un año, casi un año, el equivalente al internado rotatorio. Y luego ya se inició en España la formación MIR reglada y el primer hospital fue el de Asturias.

El de Oviedo, ¿verdad?

Sí.

¿Había otra vía que tenía que ver con la Universidad?

Sí, otra vía que eran las escuelas profesionales, que era, digamos, la formación más oficial

Tenía el gravísimo defecto de que no había enfermos. Recuerdo que en Valladolid unos compañeros se quedaron a hacer la especialidad allí. Tenían un paciente nada más porque no había camas de psiquiatría en los hospitales.

¿Por qué se montó Oviedo?

En Oviedo, tiene que ver, eso hay que remontarse a las huelgas mineras del 62. El movimiento minero del 62 y a la diputación de Oviedo, que era una diputación fuerte, ahora no me acuerdo del nombre de aquel, y entonces, como una especie de dar una respuesta, es cuando se crea el Hospital General de Asturias, un hospital muy avanzado. Se trae a gente que estaba en Estados Unidos y se contrata en general, con un sistema ya de dedicación exclusiva, de hospital jerarquizado.

Y un poco después, porque eso fue a mediados de los 60, un poco después también se amplió al psiquiátrico de la diputación. Ahí vino un señor que se llama Medina, que es poco conocido porque estuvo poco tiempo, que había estado en Canadá, y Montoya y otro que había estado en Estados Unidos. Y algunos en Francia y en Inglaterra. Y entonces, pues bueno, se pudo montar un dispositivo asistencial psiquiátrico pues parecido al que puede haber en Francia o Inglaterra.

En aquel momento los hospitales dependían de varios organismos diferentes.

Concretamente el de Oviedo dependía de la Diputación.

La Seguridad Social, que no tenía psiquiatría apenas, tenía nada más algunas unidades agudos en algún sitio, pero la psiquiatría todavía no estaba integrada. Y luego pues había órdenes religiosas, y fundaciones públicas. Y el PANAP, también tenía una red.

La primera de las huelgas médicas empieza en Oviedo.

Hubo un conato, un conato anterior, creo que el año 69 o por ahí. Un conato que tuvo muy

poca difusión que fue en el hospital de Basurto. En el hospital de Basurto, los médicos internos también hicieron un pequeño conato, una pequeña huelga, pero vamos, tuvo muy poca difusión. La primera huelga médica importante en España fue esa. Y bueno, en Madrid.

Se vinculaban a reivindicaciones varias. El desencadenante fue el hecho de que no se respetó ese principio de participación en la gestión, que los médicos, al no participar en una comisión de selección entonces se dio una lista de... Entonces, el enchufado del vicepresidente de la diputación se puso por delante, y aquello fue considerado inadmisibile, pero también había un malestar en los MIR porque éramos médicos becarios. No teníamos contrato de trabajo ni Seguridad Social ni ninguna de esas cosas.

En Oviedo, precisamente hubo un hecho que fue muy dramático, y a mí me tocó también personalmente porque era una compañera mía de Valladolid, que era una médico residente de pediatría que abriendo el ascensor, en la quinta planta no había ascensor y se mató. Se cayó por un hueco del ascensor. Eso puso de manifiesto la absoluta precariedad en la que estábamos de Seguridad Social, de ayudas y de todo. Era una beca, sin más. Todas estas historias fueron las que plantearon. El aumento la cuantía de la beca, que era una beca ridícula, me parece que eran 3500 pesetas al mes o algo así, no sé, una cantidad irrisoria. Y luego el reconocimiento del contrato de trabajo.

Era simplemente un problema laboral o...

Lo que pasa es que estaban vinculadas las dos cosas. Estaba por una parte eso, ese soporte, más luego el tema de la formación. Aunque era quizá el hospital que tenía un nivel de formación mejor que el resto de España, pero siempre había una gran insatisfacción respecto al nivel de formación. Yo creo que era más insatisfacción de los profesionales de Oviedo que realidad. En aquel momento podía competir perfectamente con cualquier sitio. Lo que pasa es que siempre te parece que lo que tienes no está bien y es mejor lo de fuera.

¿Había algún tipo de reivindicación asistencial en la huelga?

Lo que pasa es que, más que reivindicación concreta, era el sustrato, el soporte de toda la gente. Todos estábamos claramente orientados por la pública, aunque luego algunos se derivaron por otro lado. El MIR era en un colectivo que estaba claramente vinculado con la atención pública. En ese sentido sí, con la sanidad pública.

¿Os influyó la antipsiquiatría?

Con Basaglia lo tuvimos, él estaba muy interesado en el conflicto de Oviedo. Estuvo con nosotros, estuvimos con él aquí en Madrid varias veces. Goffman sobre todo las lecturas, un poco por ahí va, eran poco el soporte intelectual y moral y científico.

¿Pero había un trasfondo político?

En el trasfondo había esas historias, sí. En aquella época todo lo que se movía era el PC; el PC era todo lo que se movía y controlaba, sin embargo, no, en esta huelga no. Yo tengo constancia fehaciente porque conozco a personas que estaban muy implicadas del respeto escrupuloso que tuvo el PC con el movimiento aquel espontáneo de los residentes de Oviedo.

¿Y eso se mantuvo después en la huelga de Madrid?

Esto en principio es una lucha, una guerra, una historia, vinculada a la historia general del país, pero con una especificidad, esa especificidad la da la conexión con la locura en la que estábamos... eso afecta un poco, era un colorido especial, a todas estas guerras,...Guillermo es una persona muy centrada, tenía otra óptica...El respeto que tuvo el PC con la dinámica social, no así otros que era una cosa de una manipulación descarada... Se abalanzaban sobre lo que había. Y no solo el PC sino grupos de más izquierda. Y esos colectivos lo hicieron bien, que fueron por allí y me consta que

estaban enormemente respetuosos con la dinámica que habían generado los médicos residentes que en su mayoría ni están politizados ni nada, no así otros. Había en aquella época un grupito en Bilbao, Pablo Castellano, que era una persona seria, y para de contar, porque los sevillanos son... horrorosos.

¿Por qué una huelga entonces?

Luego hubo un vacío con las historias, como venían...Pablo Castellano, Carlos Navarrete, gente seria, que habían estado en las épocas duras...Sí estuve absolutamente vinculado al PC, aunque nunca tuve carnet, a Comisiones Obreras, a las organizaciones clandestinas, sí, que estuve muy vinculado...Enormemente respetuosos...

Entonces, ¿Por qué una huelga?

La huelga era porque pedíamos un aumento de la cuantía de la beca porque entonces en la administración decían que no, que éramos becarios, que no trabajábamos. Entonces nuestro modo de demostrar que trabajábamos era dejar de hacerlo. Es un poco el argumento que además era así porque además un porcentaje muy elevado de la asistencia la llevábamos los residentes. Éramos 20 residentes, éramos más residentes que médicos de plantilla.

¿Pero por qué los médicos de esa época se ponen a hacer huelgas?

Pero cobramos muy poco, yo tenía compañeros; yo no, yo estaba soltero, no tenía problemas; pero había compañeros que estaban casados. Me acuerdo que la primera, el primer año en Bilbao eran 3500 pesetas al mes. En Oviedo yo creo que era más, lo más que pudimos llegar a cobrar fue 9000 pesetas entonces.

¿Por qué ese tipo de protesta, por qué no una vía más burocrática?

Sí, eso por supuesto se había votado, quiero decir que eso no había dado ningún resultado, lo

de mandar papeles escritos, comunicados, hablar con el colegio, intervención sindical, todo lo que tú quisieras, pero eso no...

¿En aquel momento estaba cambiando la profesión médica?

Sí, yo creo que sí, lo de la introducción de los MIR en España fue importante, cambió un poco. Un ejemplo, el tema de la dedicación exclusiva, no deja de ser una novedad, el tema de la dedicación preferente a la atención pública. La vinculación entre medicina asistencial y medicina preventiva y educación sanitaria e incluso la vinculación entre la práctica profesional sanitaria y la práctica social general o la práctica política. En algunos casos era muy claro aquello. Había además, el colectivo de MIR de Madrid era un colectivo importante. Era gente además con las cabezas muy bien amuebladas

Ya pensáis en una medicina socializada...

Sí, sí, eso estaba el trasfondo de los movimientos...

Y en una medicina en la que el médico es ya un asalariado...

Sí, sí, la Seguridad Social, el hecho de la red de hospitales, situó la salud como un derecho. No era la historia de los dispensarios de la Beneficencia. Hasta entonces, hasta que se creó la Seguridad Social, lo que había era el derecho privado, el médico privado. La Beneficencia, el curandero, o donde quisieras ir, y lo público, que tenía únicamente la atención a los menesterosos, la Beneficencia local y provincial. El sistema de la Seguridad Social nace con una prestación a la que tienen derecho solo los trabajadores y sus familiares, vinculada al trabajo, con la cartilla para los trabajadores y familiares. Eso ya crea una red amplia y se generaliza ya cuando comienza el PSOE, pero en un principio era una prestación para los trabajadores, y sus familiares.

Y era una red asistencial, había la red de medicina preventiva, muy poco desarrollada, vinculada a la Dirección General de Sanidad

Madrid reivindicaba además un cambio en el modelo asistencial ¿Qué entendíais vosotros por comunidad y por terapéutica?

Eso es una historia que, es algo que vincula lo asistencial con lo político. Vamos a ver, la comunidad terapéutica es un invento inglés. Es un invento de un señor que se llama Maxwell Jones, que es el hombre que la inicia, aunque luego quizás los que más partido sacan de esto son los italianos, Basaglia y demás, pero vamos, el invento es un poco descubrir el Mediterráneo, es decir, el trabajar en una sala no de modo individual con los pacientes sino plantearse la sala como una globalidad. Todos los sujetos que están en esa sala son agentes de esa historia. Y discutir, debatir y en la medida de lo posible, decidir por todos los que están presentes en el mismo sitio. Es un poco democratizar la institución y la gestión.

¿Esto se plantea también en Oviedo?

Nosotros en la unidad de agudos llevábamos varios meses con una dinámica de ese tipo. En una planta de 30 pacientes agudos, en una asamblea diaria incluso se tomaban decisiones de tipo asistencial. Eso es muy difícil de digerir, es difícil de sostener, estás criticando, es un poder que te estás cuestionando diariamente. Es distinto un paciente con quien tienes una entrevista a solas en el despacho que en una asamblea diaria en la que el paciente tiene la palabra.

Y a vosotros os lleva a hacer también una crítica.

Llevar hasta sus extremos la comunidad terapéutica es imposible. Porque te encuentras con unos obstáculos jurídicos, de ámbito legal, que no puedes sostener. Dar el alta, es algo que el médico tiene que hacer. Otra cosa es que el médico asuma una decisión asamblearia. Al final, son imperativos legales... al final, hay una responsabilidad penal al que da el alta

Quizá una de las experiencias más radicales e interesantes fue en Alemania, una persona

llamada Huber, que acabó con las fuerzas públicas rodeando la unidad y ocupándola. Lo conocí de referencia. Este movimiento, que nace en los 60, ese movimiento antiautoritario, antisistema, democrático y crítico, que tiene reflejos en otros ámbitos, en el ámbito educativo, por ejemplo.

¿Desde la crítica asistencial pasáis a la crítica política?

En buena medida sí. La mayoría ya veníamos de lo social, implicados políticamente, con una reflexión en España, era la época de la crisis de los últimos años del franquismo..

Teniais contacto con Tosquelles, ¿verdad?

Sí, Tosquelles era una persona, él había estado, bueno, era español. Se tuvo que exiliar cuando la guerra con su señora. Él decía con una maleta en una mano y su señora en la otra pasando los Pirineos. Era un hombre que había tenido una formación dinámica muy honda, muy especial, muy particular. Venía de vez en cuando al psiquiátrico de Oviedo.

El psiquiátrico de Oviedo era un poco el lugar en España en el que primero se había montado el sistema de formación MIR más o menos amplio y abierto, con orientación de gente americana, gente de Inglaterra, gente que había estado en Francia, y bueno, les interesaba. Además había un cierto interés por el psicoanálisis porque entonces o eras de orientación psicoanalítica o no y había una especie de absoluto divorcio. Y ahí no.

Castilla estaba interesado, y alguien del MIR había estado con él. Era alguien que ofertaba una formación individual de un nivel desconocido, en otros ámbitos. Una cosa no reglada, no académica. Tenía un enfoque muy individual, le faltaba el enfoque social. Tenía que ver con su práctica. Siempre había trabajado solo, paciente a paciente, no había tenido grupos, ni colectivos ni salas. Había trabajado en salas en el López Ibor en Madrid, la cátedra era oficial

La cátedra era la representación de la psiquiatría oficial. En aquella época era llamativo el bajísimo nivel. Estaba controlada por dos o tres, López Ibor en Madrid, otro en Cataluña, que había estado en Alemania y que tenía una formación interesante. Había tres o cuatro. Era un coto cerrado,

absolutamente cerrado. Tenías que entrar en sumisión y trabajar para él. No tenía ningún contacto con la asistencia pública, estaba orientado a la práctica privada.

¿Estos cátedros decidían quien trabajaba y quién no?

Sí, sí, claro. Tenían mucho poder. Además la psiquiatría tardó en entrar en el sistema MIR, éste sistema fue el que acabó con esta hegemonía de los cátedros. Empezó a gestarse de otra manera, pero la psiquiatría tardó en entrar.

En vuestra formación están Goffman, Cooper

Goffman es un autor tremendamente leído en aquella época, traducido, alguno de nosotros llegó a estar en Nueva York con él. Es un hombre fundamental en la formación intelectual de nosotros.

Cooper... igual. Llegaron a tener contacto personal con nosotros. Tienen una obra fundamental. Tenía genialidades, destellos, una experiencia muy honda. Había estado en sitios distintos... en el norte de África, en aquella época.

¿Basaglia?

Basaglia era uno de los nuestros. Murió con 54 años, muy joven. Estuvo en Oviedo, en Madrid. Fue una pena una muerte prematura, un hombre muy cercano. Estuvieron en Huelva después, la reforma de Huelva, bastante bien ilustrada. Tomasini era un político, el administrador de Parma, estuvieron allí visitándonos... un encanto este hombre.

Italia, tuvo un poco más de generalización, pero tampoco fue muy allá, el aparato tradicional de la psiquiatría académica, que además esta enormemente vinculado con la industria farmacéutica, es una apisonadora. Esta crítica psiquiátrica o se articula con un movimiento político más amplio o yo creo que en el Colectivo...

La locura existe, pero se llama locura a cosas que no son, a disidencias, formas de protestar,

o formas de sufrimiento de origen social, interpersonal o lo que sea, no es legítimo que se medicalice ni se tecnifique, otra solución de otro tipo, y poner límites..

La locura existe, eso no se puede negar, la locura con recursos es más llevadera, que la locura pobre. Es difícil, se articulan factores sociales y físicos difícilísimos de medir. Son fundamentales determinadas historias genéticas, los cromosomas generan unos déficits que no tienen por qué manifestarse a menos que haya una historia familiar o social. La tolerancia al sufrimiento, que tengas una madre o una abuela que te atienda, un hermano, que estés solo...

En Valencia se hicieron unas cosas bastante radicales en la época de Ramón García, un muchacho que se llamaba Leopoldo Irriguible, es un chico de Zaragoza, y estuvo en Ibiza. Debíó hacer alguna experiencia asistencial muy interesante...

En ese marco, fue una especie de victoria, el mayo asturiano. La administración dio marcha atrás, reconoció irregularidades en los contratos, dejamos de ser becarios. Aquel conflicto de psiquiatras dio origen a la Coordinadora MIR.

Hubo una asamblea muy interesante del soporte funcional, que lo daba la Asociación Española de Neuropsiquiatría, dentro de las sociedades científicas, esa era la más antigua, que se creó en el 24, 27 en Barcelona por médicos psiquiátricos muy vinculados con la república. Luego, con la guerra, estas sociedades tuvieron que salir en estampida. Renace en Málaga en el 73, confluye con el conflicto de Oviedo. El primer movimiento de presentación pública fue en Málaga y la toma en Valladolid. La asociación AEN, se decantó como la asociación progre.

¿Los que se fueron?

Siguieron en la Asociación Española de Psiquiatría, la biológica y la de psiquiatría Éramos ilegales. Las asambleas eran ilegales, llegamos a estar rodeados por la policía armada.

Oviedo acaba con la destitución de Montoya

La gente estaba cansada. Yo lo pasé mal en Madrid, ya no era el tema salarial, era la gestión

de la convivencia, era difícil...

¿Tuvo consecuencias para vosotros?

Hubo gente que estábamos señalados. Mucha gente tuvo que irse fuera, mucha gente de Oviedo se tuvo que ir a Huelva. Me llamaron de Huelva. En Huelva era un hospital nuevo. La Diputación decidió mejorar la asistencia. Allí coincidimos con otros médicos, de Oviedo, de Santiago de Compostela, y se consiguió con una actitud muy tolerante, abierta, no previsible... se hicieron cosas muy interesantes, se desarrollaron en la calle, permisivas...

Ya que estás en la comisión de la AEN, ¿Algún comentario sobre la legislación?

La legislación en España es de las más avanzadas del mundo. La legislación actual no es mala, es el cumplimiento lo que es complicado, pero el estatuto jurídico de los enfermos mentales no está mal.

De aquella época, ¿Que recuperarías?

Yo creo que el espíritu crítico de la gente. La conexión, como las cosas se relaciona unas con otras, se articulan. Trabajar en la sociedad y en la calle. La visión más global y crítica.

Oviedo nos cambió la vida, nos cambió la cabeza, el estar implicado en una huelga, mañana tarde y noche, que se socialice, que te amenacen, una asamblea permanente en la segunda parte, fuera del hospital... una asamblea permanente...te cambia a ti.

ENTREVISTA A RAMÓN GARCÍA

12 de marzo de 2015



ENTREVISTA A RAMÓN GARCÍA.

Barcelona, 12 de marzo 2015.

Enlace de descarga en vimeo: <https://vimeo.com/202602797>

Contraseña: **RamonGarcia**

Yo terminé la carrera en Zaragoza, en la facultad de medicina de Zaragoza y ya en los dos últimos cursos empecé a trabajar en el hospital psiquiátrico de Zaragoza, el de Nuestra Señora del Pilar. Empecé a trabajar sin cobrar nada naturalmente, sin ningún puesto propiamente dicho, pero como discípulo de un psiquiatra, el doctor Agustín Serrate¹, que era de los pocos que combinaban la psiquiatría con la psicología, en aquellos tiempos aquí en España.

La psicología estaba...Todavía no había ni escuelas ni facultades de psicología en España en ese momento. Te habló de los años 60 porque yo terminé en el 66 y ya me vine para acá. Pero los dos años, 65 o 66, esos cursos estuve trabajando al mismo tiempo que terminando la carrera con el doctor Serrate en el hospital. Pasaba consulta con él. Fue una primerísima experiencia. He contado lo que pude ver, ahí me empecé a interesar por eso del encierro manicomial y que planteaba, porque empecé a estar muy lúcido por haber visto allí cosas realmente muy difíciles de pasar como terapéuticas, digamos, el encierro psiquiátrico, que lo era y mucho.

Era un hospital psiquiátrico que había tenido también su historia. Porque era muy antiguo. Lo cuento en algún lugar también. Había una placa del mismísimo Pinel planteando que cuando salían los loquitos y se iban a trabajar en el campo, muy bonito y que seguramente tuvo su época en que la laborterapia, entre comillas, en aquel momento se ejercía en aquellos campos abiertos etc. etc. que eran del mismo hospital psiquiátrico, pero que se había ido convirtiendo y reconvirtiendo en un lugar absolutamente masificado, de encierro permanente etc. Allí fue mi primer contacto directo con la cosa

¹ Sobre el doctor Serrate, se puede consultar la información que lleva su nombre:

Agustín Serrate [Internet]. Faserrate.es. 2017 [citado 13 de Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.faserrate.es/agustin-serrate.html>

psiquiátrica con el hecho psiquiátrico, y con el manicomio en concreto.

En aquellos años, en el 66, 67 y tal, sólo había dos escuelas oficiales de psiquiatría en España. Una estaba Madrid que la dirigía el catedrático de Madrid, el doctor López Ibor, el primero, quiero decir, luego vendría toda la saga a continuación, Don Juan José López Ibor. Y el doctor Sarró que estaba aquí en Barcelona, que también tenía su escuela profesional. Estas eran las dos escuelas oficiales que existían en España. Entre una y otra me deje aconsejar por Serrate y al final él me planteaba que el doctor Ibor en Madrid era una escuela más centrada en la cosa biológica, somática. Esta de aquí era un poco más loca y abierta porque el doctor Sarró había tenido ciertas veleidades con el psicoanálisis, había llegado a conocer a Freud personalmente, etc...Y era más ecléctica, de alguna manera, más abierta. Yo, que había hecho incluso unos de cursos de filosofía, paralelamente a la medicina, tenía un cierto interés por la lectura, por la cosa más abierta y tal. Me decidí por la de Barcelona con estas indicaciones y sugerencias del doctor Serrate y acá que me vine a realizar la especialización de psiquiatría en esta escuela oficial de aquí de Barcelona

Entonces ya vine aquí y empecé a trabajar al mismo tiempo que a estudiar. Ya finalizada la carrera. Entonces nos daban trabajo también en el hospital clínico que era su vez la facultad de medicina de aquí, de Barcelona, en ese momento no había más, era ésa.

Trabajamos también en el departamento de psiquiatría, en la cátedra, con indicaciones de pasar consulta y hacíamos una labor de médicos psiquiatras, lo que luego sería el MIR, médicos residentes, pero que en ese momento no existía y lo desarrollamos así.

Al mismo tiempo precisamente se creó la primera escuela de psicología aquí, que la llevaba el doctor Siguán. Paralelamente se creó también una escuela de Madrid. La de Madrid fue la que hacía la especialización de psicología clínica, sin embargo aquí en Barcelona no había y dependía de la facultad de filosofía de aquí y era psicología laboral o una cosa así. Los que estábamos aquí en Barcelona, yo también me matriculé en la primera escuela esta de psicología, en la facultad de filosofía, al mismo tiempo que hacia la especialización de psiquiatría en la facultad de medicina, en

la cátedra de psiquiatría.

Poco después aquí estaba Sarró de catedrático y había dos adjuntos en la cátedra. Uno era el Doctor Obiols, que ya citábamos antes, y otro el Doctor Coderch. El más activo, que luego llegaría a ser catedrático y todo eso, pues era el Doctor Obiols. El doctor Obiols me tomo a mi mucho cariño, le gustaban un poco mis planteamientos, como me veía, etc... todo esto de un discípulo querido por el supuesto maestro y todo eso, que era Obiols.

El empezó a plantearle al doctor Sarró, al catedrático, la posibilidad de que yo diera clases en la facultad dentro de la cátedra de psiquiatría para llevar junto con el otro adjunto la labor de clases de psicología que se daban entonces, no recuerdo si en el segundo o en el tercer curso de medicina, la asignatura de psicología, porque luego en el quinto estaba la de psiquiatría. Y entonces me llegaron a nombrar profesor encargado de curso en la facultad de medicina de aquí y di clases. Durante dos años y eso, estuve como profesor encargado de curso, al mismo tiempo, pasando consultas de psiquiatría ahí y toda esta fue mi formación, al mismo tiempo lo de psicología aquí en Barcelona.

Esto hizo que contactara con los alumnos en primerísimo lugar. Yo llevaba la mitad del curso, de la M a la Z, el doctor Coderch llevaba de la A a la L, y ésto representaban la mitad de la clase, un género de doscientos y trescientos alumnos entre los cuales había un poco de todo. En ese momento un grupo de ocho, diez, quince alumnos se significaron como muy interesados por los planteamientos que yo hacía en la clase etc. etc... y creamos un grupo de trabajo con esos alumnos, o creé un grupo de trabajo. Tienes una referencia, el antropólogo Josep María Comelles en la Razón y la Sinrazón. Cuando leí La Razón y la Sin razón de Comelles, porque yo sabía de la existencia de Comelles porque él ya había intentado contactar conmigo, por teléfono y eso cuando yo estaba en Valencia, porque él había hecho una tesis doctoral precisamente sobre el Instituto de la Santa Cruz en el que yo había sido un poco el protagonista de esa historia, me enteré por el libro La Razón y La Sinrazón que había sido alumno mío, fue uno de aquellos alumnos, pero no estaba dentro de ese grupo de quince o veinte que creamos un seminario y todo esto. Había otros alumnos que luego se desperdigaron por intereses

diversos etc., etc... Porque era el mismo tiempo de mayo del 68 eran estas ideas las que nos removían aquí. Las reivindicaciones del momento. Duras, fuertes, etc. etc...

Fueron esos años en que se tiró el busto de Franco la ventana de una de las facultades de aquí. Mucho movimiento de este tipo y allí estábamos los que dábamos clase, los alumnos etc. etc. Cada uno cogiendo las posiciones. Yo en ese momento era una persona que me interesaba todo lo que se movía en este ámbito y tenía una especial relación con los estudiantes en este sentido.

Estaba un poquito al día de las corrientes psiquiátricas y psicológicas etc..., pero también era muy joven y estaba todavía en formación, no me creía yo ni lo creo ahora, que estuviera ya en línea digamos como para dar lecciones sí, porque daba lecciones en la facultad, con los alumnos y todo esto, pero no tenía la suficiente experiencia como luego naturalmente fui adquiriendo.

Conocía a muchos autores, pero no sólo de la psiquiatría, había hecho filosofía también... Recuerdo que en las clases lo mismo nos planteábamos planteamientos antropológicos, sociológicos, etcétera, de cosas que aquí todavía de una manera oficial y sistemática no habían entrado en las clases o la enseñanza. Hacíamos en ese sentido ciertos pinitos de innovación respecto de la enseñanza misma, de apertura de miras, no exclusivamente en la cosa técnica y tecnificada. En ese sentido era abierto el planteamiento.

En esos años, hablo del 67 y del 68, fue precisamente cuando empecé a tener las primeras noticias respecto de Franco Basaglia. La primera ocasión, teníamos varios grupos -en el librito este digo un poco para que se entienda como se creo toda esa red que luego fue la coordinadora psiquiátrica nacional- uno de ellos que era el grupo de psiquiatras progresistas, que nos reuníamos aquí sistemáticamente en casa del doctor Jaén, un hombre bastante más mayor que yo que murió hace ya muchos años. Durante muchos esos años fue otra persona para mí muy importante que conocía muy bien toda la historia de la psiquiatría y de la organización sanitaria catalana, de la mancomunitat, de la república, y no era tan viejo como para haber vivido eso, pero era un estudioso y conocía muy

bien y estaba muy interesado en todos estos planteamientos.

En su casa o en casa de otro compañero nos reuníamos sistemáticamente cada 15 días el grupito este y hacíamos una tertulia permanente sobre eso. Este grupo pequeño de seis o siete personas acogía en muchas ocasiones a otras personas que sistemáticamente no venían, o que estaban en Barcelona pero que venían de vez en cuando. Y teníamos esta especie de tertulia. En una de estas sesiones en casa del doctor Jaén, siempre sesiones nocturnas, sobre reflexiones de la cosa psiquiátrica, vinieron dos compañeros, Luis Torrent y Ana Seró, que habían estado ya, estoy hablando de 1967, que habían estado y conocido a Basaglia en Gorizia, que fue el hospital que dio pie a que se escribiera la Institución Negada, que fue un libro importante, uno de los libros antipsiquiátricos italianos. Ellos habían conocido a Basaglia allí.

En el 67, una de las noches estas -Ana murió, Luis todavía vive- ellos venían precisamente de Italia, vinieron a esta tertulia, que conocían a todos los que nos reuníamos y eso. En un momento determinado, planteando yo determinadas cosas, Ana Seró dijo muy sorprendida gratamente, que estaba diciendo las mismas cosas que Basaglia. Nos quedamos un poco... Basaglia era un hombre importante y nosotros lo éramos menos.

Esto nos estimuló todavía más el deseo de conocerlo. Todavía no se había publicado La Institución Negada, que se publicó el 68, y esto ocurrió en el 67, por lo tanto fue de viva voz que yo conocí la cosa de Basaglia y ya digo que esta cosa la impregnó un poco de un sentimiento de paralelismo.

Luego nos conocimos y nos caímos muy bien y tuvimos una buena relación y una buena amistad durante bastantes años e hicimos muchas cosas en común, juntos. Salvando las distancias de que él era bastante más mayor que yo, pero a pesar de mi juventud, me interesaban mucho todos estos aspectos, me propuso cuando lo conocí aquí en Barcelona, de participar en un grupo que él llevaba en la cabeza, que luego llegamos a llamar, funcionó bastantes años, el grupo del mapa de la vergüenza. El grupo del mapa de la vergüenza porque el cometido esencial de ese grupo de trabajo

sería el hacer el mapa de la vergüenza, fundamentalmente europeo, podía haber sido mas amplio pero nos conformábamos con Europa de los manicomios, de la situación de la psiquiatría lamentable etc, por eso lo de la vergüenza... Este era el cometido esencial de ese grupo sentido coloquial de este grupo y por eso se llamó así, el mapa de la vergüenza. Este grupo se creó el 71.

En el intermedio ya tuvimos contacto, incluso nos carteamos, con Basaglia, pero la primera vez que nos vimos y que me planteó ésto y ofreció la posibilidad de colaborar en este grupo, fue en el 71, a propósito de otra cosa paralela. En Barcelona, en ese momento, estaba el grupo de psiquiatras progresistas, por dar un nombre, de tertulia psiquiátrica, en casa del doctor Jaén. Y al mismo tiempo, las personas que formábamos parte de ese grupo, teníamos también una cierta incidencia hasta el punto de que durante unos años fue presidente de la academia de ciencias médicas de Barcelona, que no dependía, pero si que tenía la sede, no era una sección colegial, era independiente, y tenía como ciencia antigua aunque tenía la sede en el colegio de médicos de Barcelona. La nueva etapa de la academia de ciencias médicas empezó en el 68 con nuestra participación invitando a Carlos Castilla del Pino, otro personaje importante en la psiquiatría española. Lo invitamos a que diera una conferencia, con un diálogo público, pero luego había diálogos en petit comité, los grupos que nos movíamos en Barcelona, a propósito de estas visitas. Intentamos sacar el máximo provecho en este sentido también, para fortalecer, a través de la reflexión y de las discusiones, etc , esta pequeña red de trabajo que se estaba creando en ese momento acá, sin tener una conciencia clara de su creación, pero que ciertamente, luego, vista con el tiempo, todas estas actuaciones llegaron a ser la causa de que se pudieran realizar otros planteamientos, que tuvieran su difusión, porque en cada una de estas ocasiones hacíamos una llamada a todo lo que se movía un poco en ese momento en Barcelona tanto dentro de los profesionales de la psiquiatría como todos aquellos que teníamos relación y mucha, con estudiantes a través de lo de la cátedra de psiquiatría, de las clases y de todo esto. Entonces les interesaba mucho todo aquello, era gente joven que participaba etc. etc. A través de un equipo que teníamos acá, el equipo médico psicopedagógico, en el que había personas de educación y de

medicina propiamente, de medicina y de psicología, que venía funcionando desde últimos de los 60 y que funcionó hasta 74, 75, es decir, estos años de los que hablamos. Teníamos a través de este equipo contactamos con las personas de educación, pedagogos que trabajaban en escuelas, en el ámbito de la educación. En cada una de esas cosas que hacíamos contactábamos también con esta gente y hacíamos pequeñas reuniones aparte de las reuniones públicas.

Las jornadas de la academia las inauguró en el 68 Carlos Castilla del pino. A continuación, la segunda parte, se programaron tres conferencias que yo mismo di sobre la enseñanza de la psicología, sobre varias cuestiones de este tipo, tenían que haber sido en el 68, a continuación de lo de García del Pino, pero fueron dos veces prohibidas por la autoridad gubernativa del momento y se dieron al final en febrero, me parece que fue, de 69. Cada una de estas conferencias y charlas están escritas y publicadas en los anales de la academia de ciencias médicas de Barcelona. A continuación hicimos sesiones, que lo habíamos programado hacía tres años sobre la enseñanza, tres sesiones de la psicología y demás.

Invitamos después a Jean Oury, a Tosquelles, padres de la psicoterapia institucional francesa padres de la psicología institucional francesa, y a Franco Basaglia.

La academia de ciencias médicas a través esta sección de humanidades y promovida por este grupo de psiquiatras progresistas de la tertulia, nos hacía tener ahí algunas posibilidades de confrontación discusión y de apertura al público grandes. Al mismo tiempo como tenía su pequeño presupuesto nos permitía hacer estas invitaciones, pagarle el viaje a Castilla del Pino, a Tosquelles, a Basaglia... A Basaglia lo invitamos en el 71 y nos conocimos personalmente. Cuando Franco Basaglia llegó acá, después de haberlo conocido a través de estos amigos que decía, de habernos carteadado y todo esto, el ya me había enviado varios escritos suyos. Porque aparte de todo esto llevaba la dirección de los Cuadernos que fueron también muy importantes en esos años, de los Cuadernos de psicología de la editorial Anagrama, lo dirigía yo. Figuraba como director Jorge Herralde, que me había llamado para ofrecerme esto y ahí habíamos publicado las primeras cosas de Basaglia y las primeras cosas de Robert Castel. Cuando vino Basaglia acá y lo conocimos personalmente, lo presentamos primero

en esta sesión pública y luego hicimos pequeñas reuniones con todos estos grupos de los que estoy hablando. Compartimos la colaboración, con la creación de este grupo, el mapa de la vergüenza, que ya quedó mas o menos planteado, y empezamos las reuniones. Entre el 71 y el 77, esos seis años, estuvimos permanentemente trabajando en el grupo del mapa de la vergüenza.

El promotor, el alma del grupo fue Franco Basaglia, pero en él estábamos Robert Castel, François Castel, que era psiquiatra ella, Robert era sociólogo, unos cuantos italianos, un alemán. Diez personas fuimos los creadores, luego venían gentes de un lado, del otro... hicimos un buen montón de reuniones, que conservo todas las actas de todas esas reuniones que nuestro secretario era Tom Kevitz, que era entonces director de higiene... de la adolescencia y la infancia, en Francia, murió también hace unos años. Tom hacia de secretario permanente... Esto tuvo dos momentos el 75 aquí en Barcelona en varias reuniones y en 77 en Trieste en otra reunión, traspasar el mapa de la vergüenza se pasa al Réseau de alternativa a la psiquiatría..

Castilla del Pino era una de las pocas personas en aquel momento de psiquiatría que se salió un poco del tiesto del somaticismo estricto, de la academia. Todos los que estábamos en ese momento de alguna manera en formación nos interesó a todos los jóvenes del momento. Su libro, el tratado sobre la depresión, movió almas y muchas, en ese momento me reíero. Luego ya cada uno hicimos una evolución diferente y no, pero en ese momento, fue realmente el activador de los intereses y de los planteamientos. El tenía por una parte una vena psicoanalítica, por otra parte una vena marxista, la cosa sociológica.

En ese momento yo diría que la psiquiatría oficial y académica era de una pobreza lamentable. Entonces había que abrirla de alguna manera. No podíamos estar de acuerdo ni conformes con que se planteara la cosa somaticista a ultranza y no se saliera de ahí, los cuatro medicamentos, que no teníamos más en ese momento como único tratamiento y posibilidad terapéutica, digo que no nos podíamos conformar con eso y con que la asistencia psiquiátrica propiamente dicha se diera en lugares como el manicomio. Eso era imposible aceptar para las personas jóvenes, abiertas, en formación. Queríamos

otra cosa, queríamos ampliar nuestras miras, plantearnos de otra manera y teníamos que caminar, a veces acertadamente, a veces erróneamente, con errores, con aciertos pero caminar abriendo otros espacios por decirlo así. En esa línea es donde está el interés que despertó en ese momento Carlos Castilla del Pino por ejemplo. Carlos Castilla del Pino se promovió él solo. Nosotros lo planteábamos como una nueva lucecita que nos abría campos.

En el caso de Wilhelm Reich fui el introductor en España de su trabajo en la serie cuadernos de psicología de Anagrama. ¿Por qué? Por dos o tres razones, Por un lado por la apertura hacia lo social de la cosa psiquiátrica. Hay que tener cuenta que Wilhelm Reich participó también en una serie de actividades prácticas primero dentro del Partido Comunista, luego ya desalojado de él, son historias que eran muy atractivas para los jóvenes del momento porque nos decían mucho respecto de nuestras propias críticas a organizaciones severas como el propio Partido Comunista cuando lo íbamos conociendo por dentro. Wilhelm Reich era otro personaje interesante en ese aspecto y que había creado además cosas que se parecía mucho a lo que nosotros nos gustaría plantearnos en barrios, en comarcas en relación con la cosa psiquiátrica abierta al barrio, a la gente y no exclusivamente tecnificada psiquiátricamente

También Vera Smith en el terreno de la educación tenía mucho interés en ese sentido, de reivindicaciones y planteamientos novedosos o innovadores en el sector de la educación. En ese momento también nos interesaba mucho a algunos esta comunicación un poco entre marxismo y psicoanálisis, ya digo, con sus pros y sus contras, sus aciertos y sus errores y en esa línea trabajábamos. También se publicó todo lo referente a la antipsiquiatría. Estaba el librito aquél de los Cuadernos, de psiquiatría o ideología de la locura, se publican trabajos de Basaglia. Intervenimos también en la publicación por Barral de la Institución Negada. Que hicimos el prólogo, en realidad lo hice yo, pero como teníamos esta buena relación con Ana Seró y Torrent, escribí yo el prólogo, se lo leyeron, les gustó y lo firmamos entre los tres.

En el instituto mental, el grupo de psiquiatras progresistas, dos de sus mas activos mantenedores de este grupo, José Jaén y Josep Clusa, trabajaban desde hace años en el hospital mental de la Santa Cruz, trabajaban dos de los promotores del grupo este de psiquiatras progresistas. Jaén y Clusa habían trabajado con un tal Doctor Fuster que había estado de director, era amigo y compañero de Mira y López. Mira y López era el catedrático de acá que se tuvo que exiliar con la guerra civil, que fue cuando cogió la cátedra Ramón Sarró.

Fuster era amigo y compañero de él y era también de su estirpe, digamos, también innovador y abierto, y era el director del Instituto mental de la Santa Cruz hasta unos cuantos años antes de conocer yo el Instituto y entrar ahí. Jaén y Clusa, que eran bastante más mayores que yo, habían trabajado ya bastantes años con Fuster. En un momento determinado del instituto, cuando ya era director el Doctor Abella, que fue el que conocí yo ya como director, en un momento determinado -y eso está relacionado con lo que pasó en Oviedo y en Ibiza- en el 69, 70 o 71, en esos dos años la cosa empezó a estar activa y reivindicativa, en el caso de Oviedo claramente porque había médicos residentes, se creó una presión hacia los poderes públicos, hacia la autoridad propiamente dicha, de que había que renovar los hospitales psiquiátricos, los manicomios. El primer paso que planteaba todo el mundo eran las contrataciones.

Si describo lo que había en los estatutos sobre los mozos, el manicomio, que si tenían que ser de tal altura o si cual, es de risa, pero era la realidad, era un problema de contención y de fuerza. Ese era el trabajo del manicomio. Se planteó que tenía que haber trabajadoras sociales, enfermeras por supuesto, también auxiliares pero con una selección y un planteamiento, hubo una cierta apertura en la que entró también el Instituto mental en su primera crisis que fue del 69 al 71. De telón de fondo, el Instituto mental de la Santa Cruz había quedado en el centro de la ciudad de Barcelona, y los terrenos eran muy cotizados y ya se quería vender una parte. Y efectivamente se vendió efectivamente una parte, y hubo ahí ya el primer conflicto en el año 70 y a partir de ahí también la autoridad, que en ese caso era la Muy Ilustre Administración, MIA, porque era el Instituto mental de la Santa Cruz y de San

Pablo.

Tanto el hospital de San Pablo propiamente dicho, el hospital médico general, como la parte psiquiátrica, que era el Instituto mental de la Santa Cruz, dependían de esa muy ilustre administración, que concretamente en Barcelona la formaban parte cardenalicia del obispado y parte el ayuntamiento, o de la diputación, es decir, autoridades civiles pero junto con autoridades eclesiásticas, Muy Ilustre Administración.

Éste era el ente superior de la dirección, tanto del San Pablo general como del Instituto mental de la Santa Cruz. Entonces, ésta muy ilustre administración, al igual que habían hecho otras administraciones en otros lugares se planteó acoger esta reivindicación de aumentar el personal. Jaén y Clusa me insistieron mucho en que por qué no iba yo a trabajar ahí. Me presenté y me nombraron jefe clínico y entré ahí y me dieron como punto de partida la colaboración con el pabellón de agudos que lo llevaba Jaén, a colaborar con él, y al mismo tiempo a llevar el que llamaban pabellón de Santa María en el que había enfermas crónicas y olvidadas.

¿Cómo se organizaba el hospital?

Había agudos y crónicos, en efecto... en efecto, separación entre agudos y crónicos. Y había el denominado pabellón de castigo. Éste era realmente el olvidado a más no poder, un pabellón de castigo dentro del manicomio. Yo he contado varias veces mis primeras horas allí. Un viejo hospital, podéis hacer cargo, un hospital con techos altos, grandes pasillos. Y yo joven, trabajando allí con cierta seriedad, me voy al pabellón correspondiente que me había tocado en suerte o en desgracia dirigir, llevar y plantear. Llego allá y me encuentro con unas grandísimas puertas cerradas. Llamo dos o tres veces y al final empiezo a oír voces en el interior que me contestan.

Yo me presento, soy Ramón García, el nuevo médico... que voy a estar aquí con ustedes. En un pabellón de mujeres, porque claro, la separación entre sexos era total. Era un pabellón de mujeres

y me empiezan a contestar desde dentro que no tenían llave, que fuera a buscar a la monja para que me abriera porque no tenían llave. Con la monja llegó allí y me abren y me encuentro con una treintena aproximada de mujeres de las cuales varias estaban atadas a las patas de una grandísima mesa empotrada en los cimientos del suelo. Éso es lo que me encontré yo allí y todas las demás mujeres encerradas todas porque la primera vez que llamé no me pudieron abrir porque efectivamente no tenían una llave.

Ahí empezó un intento de poner las cosas en orden, que siempre fueron para la autoridad administrativa un desorden, pero no, era poner las cosas en orden lo que queríamos realmente,

¿Y que empezáis a hacer?

Empezamos a abrir puertas... Pues empezamos a abrir las puertas lo primero; aquellas mujeres empezamos a salir a la calle, acompañarlas, a ir a los bares del entorno. El manicomio tenía una media de treinta o treinta y tantos años de permanencia ininterrumpida. Había quien llevaba cuarenta y tantos años sin haber pisado la calle, y así sucesivamente. Gentes, en los muros del asilo y tal, lo decía, nosotros, no hace falta matarlos, es suficiente con no verlos. Y esto fue el manicomio.

Si repasamos un poco la historia de Cataluña y eso, con lo de la mancomunitat de 1914 a 1924, con buenos planteamientos, llega la dictadura de Primo de Rivera y todos los buenos planteamientos para la medicina como para la psiquiatría en concreto, como la educación, que hicieron estos hombres, se terminaron con la dictadura de primo de Rivera.

Se hicieron nuevos pinitos en la República, pero llega la guerra y se eliminó. Nosotros somos una generación de posguerra, con lo que eso quiere decir, porque después de la guerra, el franquismo tenía una potencia y una fuerza tanto en el manicomio como en tantas otras cosas, en la cárcel como en las escuelas, no quiero ni hablar de lo que he llegado a ver cuando he trabajado con menores, que tuve que llevar en los años 70 la dirección de un servicio de menores, cosas inauditas de éstos lugares,

la cotidianidad de estos lugares, creo que fuimos una generación que ya nos habíamos formado en tiempos de posguerra. Estamos ya en el tardofranquismo y la Universidad, habían nacido ya las primeras luchas y reivindicaciones, yo estuve en las primeras manifestaciones de la Universidad de Zaragoza, las primerísimas manifestaciones después de la guerra.

Antes en la república habían ocurrido cosas muy interesantes, muy bonitas pero todo eso se había perdido a lo largo de tantos años. Nosotros empezamos a recuperar esas manifestaciones y se nos empezó a abrir un mundo. Tuvimos la suerte también de ver otras cosas, otros planteamientos, como lo que te decía de Castilla del Pino.

Todas estas cosas eran novedosas, innovadoras, nos abrían campos, nos daban un poco de lucidez. Empezamos a entrar esta gente nueva en las estructuras manicomiales, que estaban dejadas, como este pabellón, que acabo de citarte y de mostrarte mi encuentro con él en el primer día allí. Yo creo que la explicación está en todo esto.

Algo pusimos también nosotros porque durante todos estos años, aparte de haber tenido la suerte de dar con una cierta apertura general, yo he estado en las comisarías y he recibido alguna paliza en las manifestaciones. Física y mental. Las condenas a muerte. También estuvimos en el célebre encierro de Monserrat. El encierro de Monserrat, las condenas a muerte, lo convocó la mesa de hospitales en la que participamos también el grupo ese de psiquiatras progresistas. Eran tiempos en el que las cosas se movían también alrededor de todo esto y en ese caldo de cultivo algunas personas veíamos cosas así y nos planteamos como objetivo el cambiarlas. Decíamos, hasta aquí hemos llegado, tenemos que acoger esta situación esta herencia, pero tenemos que darle a esto una salida. Y esto fue un poco el principio de esta historia del Instituto mental de Santa Cruz.

Se hicieron cosas tan novedosas..., hicimos la primera colonia de vacaciones con enfermas mentales crónicas y graves, porque el pabellón era de lo peorcito del manicomio, hicimos una colonia de vacaciones. Una familia de aquí, que uno de sus miembros, la familia Vila D'abadal, muy

conocida en Barcelona, en Cataluña, uno de sus miembros había trabajado con el equipo médico psicopedagógico que hablaba hoy, éste, su familia tenía un caserón en las Guillerías, las montañas en la zona interior de Barcelona y nos dejó el caserón aquel, para hacer desde el instituto mental, que fue la primera colonia de vacaciones que se hizo con enfermas crónicas y graves en la historia de la psiquiatría española. Yo creo que fue la primera. Estuvimos una semana con ellas ahí, con esas enfermas que nos habíamos encontrado encerradas y algunas de ellas atadas a la pata de la mesa, con esas enfermas.

La verdad es que nos armábamos mucho de paciencia, tranquilidad... Yo fui el primero en llegar allí, me nombraron jefe de sección a Jaén en lo de agudos, y compartía esas dos cosas y me pusieron personal. En esta nueva selección de personal empezaron a existir los educadores.

Paralelamente se había creado una escuela de educadores aquí en Barcelona, innovadora totalmente. Un señor que venía de haber trabajado en Francia con los de la psicoterapia institucional francesa, Tosquelles y creó la escuela, la Psicoterapia Institucional. Entonces, el Instituto mental al hacer la selección de personal se nutrió en buena medida de estos educadores.

Entonces tenemos ya una trabajadora social también, teníamos la correspondiente enfermera y varios educadores y educadoras venidos de esa escuela, gente muy buena. Teníamos también un trabajo de voluntariado, que siempre nos ha acompañado en estas experiencias, en esta y otras experiencias que hemos tenido. Siempre nos ha acompañado la voluntariedad, Por ejemplo, Ana Seró, vino de voluntaria y colaboró con nosotros durante ese tiempo en esta experiencia de ahí. Había gente formada por un lado y gente con muchas posibilidades como los educadores. Nos armábamos de muchísima paciencia, pero aquello, como todas las experiencias que hemos tenido, eran gratificantes a más no poder. Los acompañamientos a personas que llevan 20, 25, 30, 40 años sin salir de un hospital psiquiátrico a su pueblo, o a casa de su familia, a su barrio, eso era inolvidable.

Cuando alguna persona era conocida, anda, pero si tú eres, eres Teresa, cuantos años... Todo eso daba muchos frutos porque esas personas se sentían también de una manera totalmente distinta y habían superado lo que representaba el castigo, el olvido, lo otro. Y seguía la enfermedad, los problemas, las dificultades, que intentábamos ayudar a paliarlos tanto con medicaciones, que en ese momento teníamos muy escaso arsenal de medicamentos en nuestras manos, nada, tres o cuatro medicamentos, no había más que luego ha ido avanzando más, planteándose la variedad de posibilidades, pero teníamos eso con todas estas actitudes y planteamientos reeducativos etc. etc... que daba sus frutos realmente.

Sólo estas cosas de la salida llegaba ser tremendamente positivo muchos de los casos.

Nos encontrábamos también con el reverso de la medalla, con la falta de comprensión de la misma administración, etc... de la autoridad competente, pero también de muchas familias. En un trabajo que inserto también ahí, pero que es independiente del libro, titulé Solidaridad e Insolidaridad de las Poblaciones ante la Diferencia, en ese trabajo explico bastante de cómo se llegaba al ingreso de las personas en el manicomio y se llegaba en el momento en el que ya había un deseo de olvidarlas. En muchísimos casos y pongo ejemplos de historias clínicas propiamente dichas, en muchísimos casos esto ocurría cuando las familia había llegado incluso a la ruina después de visitar al mejor que le dijeran psiquiatra, estuviera en Madrid, Murcia, Barcelona, donde fuese, y haberle hecho una, 10, 100 visitas, a lo largo del tiempo y ya el dinero se terminaba, las cosas no había mejorado lo suficiente y entonces, el psiquiatra de turno, veces el más pope de todos los popes decía, ésto, el ingreso.

En ese tiempo no había visitado aun los hospitales psiquiátricos de Basaglia. Por aquel entonces Basaglia se había ido a Parma y a continuación a Trieste. Yo ya conocí el de Trieste, y lo conocí ya trabajando en el psiquiátrico. Ana Seró, que dijo; estás diciendo las cosas que le oigo decir a Basaglia, quiere decir que a través de una formación semejante, de lecturas, de habernos planteado, que si hacíamos alguna de las cosas que se hacían en Italia.

En el Instituto mental en concreto, en la sección de agudos, con la compañía de las educadoras y de los educadores, formamos lo que llamamos un club social dentro de la estructura del hospital. El club social representaba el hacer reuniones, se hablaba de las cosas de allí. Muchas personas, enfermos, y enfermas hacia los trabajos del hospital sin cobrar nada de nada. Desde electricista a fontanero, pasando por la cocina, el servicio de mesas, muchos trabajos... En el club se hablaban estas cosas y empezaban a salir los enfermos reivindicativos de aquello que parecía bastante justo que si hacían algún tipo de trabajo, que tuvieran algún tipo de recompensa. Sueldo... A partir de ahí se empezó a llevar desde el club social y desde esas asambleas a la administración y demás que el enfermo tal que está haciendo este trabajo aquí tenga una remuneración determinada. Recuerdo que esto del trabajo era de lo que más se hablaba cotidianamente las asambleas y tal cuando se hacían.

El club social era una estructura dentro de la estructura general del hospital en la que estos enfermos y enfermas podían hablar en forma de reunión, de asamblea. A partir de ahí creamos la posibilidad de crear un pequeño bar, en el que se podían tomar cosas, o una sala de juegos,... que nos permitía activar un poco la relación. Organizábamos fiestas en el hospital desde el club social. Una inolvidable para todos fue que en ese pabellón de castigo se llegó a celebrar un baile maravilloso, bajando además un piano de cola desde las alturas de ese viejo edificio, los mismos enfermos. Vinieron no sólo las enfermas de ese pabellón, sino se invitaba al hospital entero, tanto a enfermos, enfermas, sin distinción de sexo, a profesionales y demás. Se organizó allí una fiesta baile que todo el que la vivió la recuerda.

¿Hubo problemas con la familia o la comunidad?

Sí. La experiencia fue muy corta en el tiempo porque empezaron los problemas muy rápidamente. Aunque luego como telón de fondo siempre estaban estas ansias inmobiliarias que representaban los terrenos del hospital y siempre esa espada de Damocles, de que quería hacer otra

cosa y, como al final se salieron con la suya y así fue, pero bueno, pero pasaron unos cuantos años. Los que estábamos más activos dentro del hospital nos pusimos frente a esta cuestión de que no se tocara ni un metro de terreno mientras los enfermos no estuvieran en una situación en la que pudieran tener otro espacio, otra vida, otro lugar. Además nos negábamos a los traslados propiamente dichos. Había que hacer todo el trabajo para que tuvieran una salida posible. Hubo en estas experiencias como en otras, algunos enfermos o enfermas por los que nadie hubiera dado un duro por su recuperación y por su vida, pero para los que llegamos a encontrar ese espacio, ya fuera familiar, ya fueran amigos, fuese una pensioncita, para vivir en el exterior. Eso en algunos casos contados, pocos, se lograba. Tanto en esta experiencia como en otras.

En otras experiencias que tuvieron más duración en el tiempo tuvimos más casos en los que esto ocurrió. En ésta que fue muy corta, y que además fue tan corta, no tanto por esta cosa inmobiliaria que fue sólo una anécdota dentro del conjunto, lo importante fue lo que empezábamos hacer y lo que esto significaba para la administración y las autoridades del momento, que era una cosa que no podían consentir. Y que no podían consentir algunas de las propias familias.

En el Instituto mental de la Santa Cruz, en la sección ésta de Santa María, hubo un momento determinado una enferma que después de estar meses trabajando con ella, yo vi y los que me ayudaban, las educadoras, la enfermera, vimos que podía salir y que podía salir ella sola. Le habíamos acompañado varias veces aquí y allá etc. etc... y podía salir. Yo tenía la autoridad de firmar pases de salida para que un enfermo o una enferma pudiera salir fuera del hospital y así lo hice en este caso. El primer día esta enferma salió y no se le ocurrió ir a su casa y se fue a montar en las golondrinas del puerto, que es algo muy conocido aquí por las familias y por los niños. Ella se fue del hospital. Subió a las golondrinas, comió en el hotel Oriente y al ir a pagar, en las golondrinas le habían dejado subir gratis, pero en el hotel Oriente no, y enviaron la nota de los gastos al hospital.

El segundo día que le firmé un permiso, se le ocurrió ir a su casa y aquello fue el principio del

fin, no sólo de ella sino de toda la experiencia. Esta enferma estaba en condiciones de ir a su casa, pero cuando apareció en su barrio, hacía muchísimos años que estaba afuera, y no era mayor, porque había ingresado de adolescente, y llevaba veintitantos en el psiquiátrico, había ingresado de adolescente, llegó a su barrio, en aquella segunda salida que le había firmado, ya algún vecino dio la voz de alarma y cuando llegó a la casa su abuela, que fue la primera que le vio, parece que se desmayó al verla. Ésa fue la situación que luego recompusimos que había ocurrido en esa casa cuando la enferma decidió visitar su propia casa. Su madre vivía y fue a visitarla. Al cabo de unas horas estaba la madre y la enferma con el director del Instituto de Salud Mental protestando, al doctor Abella, que qué era eso de que su hija fuera allí. El director me las envió, madre e hija, y tuvimos una entrevista con la madre en la que ella me pedía y me decía que yo le tenía que prometer que su hija no volvería a salir del hospital nunca más. Yo le decía, señora, precisamente mi trabajo aquí es todo lo contrario. Está para que algún día llegue un día en el que las personas que están ingresadas puedan precisamente salir. Si usted me pide eso, yo no le puedo prometer eso porque sería negar la posibilidad de hacer un trabajo con las enfermas que aquí, dependen de nosotros, por tanto no le puedo prometer eso de ninguna manera.

Era una gente de Iglesia, que a su vez parece que estaba muy bien conectada con la parte eclesiástica de la Muy Ilustre Administración que movilizaron después de esa entrevista totalmente fallida porque lo que ella quería...Al mismo tiempo, en esa entrevista, vendría a alguna entrevista mas, que quería que le prometiera, con la idea de remover todo aquello y de plantear, pero fue imposible. Al final ella siempre quería que yo le prometiera que su hija nunca saldría. Yo no se lo prometía. Entonces descubrí cuál era el motivo de todo aquello, era el temor y el miedo que tenía esta madre respecto a que su hija le hiciera un paquete, así lo decía la madre, que la dejaran embarazada. Pero claro, arañando un poquito la historia, removía también su propia historia, la historia del embarazo de la madre con respecto a su hija que luego además había tenido todos estos problemas etc. etc. y había terminado en el psiquiátrico. Había sido un embarazo indeseado. Ese temor grandísimo que le

nublaba completamente y con lo cual exigía que nunca jamás saliera. Todo esto parece pequeña cosa, pero una vez que pasa a la Muy Ilustre Administración y empiezan a plantearse lo que hacíamos, el planteamiento que teníamos, como movíamos todos estos hilos y estas enfermas, se empieza a crear un clima y una situación en la que el director, que en principio mientras no había pasado nada, y mientras que la Muy Ilustre Administración no había tomado cartas en el asunto, le parecía bien, el Doctor Abella, que perteneció a los Setxes Judches, los dieciséis jueces, un grupo de música catalán que en su juventud él había pertenecido a esto, el doctor Abella, le pareció bien, de hecho lo estábamos haciendo... pero una vez que tomó cartas en el asunto, la Muy Ilustre Administración y aunque al principio le parecía bien esta experiencia, se hizo muy complicado, muy difícil.

En el club social empezamos a hacer reuniones con familias, se creó un clima muy reivindicativo por parte de los enfermos, de las familias, de nosotros mismos, los profesionales y terminaron un día enviando un día a la policía al hospital y cerraron el club social del hospital psiquiátrico... del Instituto mental de la Santa Cruz y a continuación valiéndose de lo de los fichajes eliminaron un par de educadores por esto de los fichajes. Cuando nos pusimos firmes e hicimos un encierro dentro del psiquiátrico durante tres días, terminaron expulsándonos a dieciocho o veinte profesionales y abriéndonos un expediente. Ahí ya, desde fuera, porque teníamos abierto el expediente, que nos habían suspendido de empleo, pero no de sueldo, nos valimos un poco de esa situación, y entonces nos prestaron un piso aquí en Barcelona que usamos durante todo ese tiempo como lugar de reunión.

Utilizábamos las Cicloestil, fotocopadoras... e inundamos Barcelona de papeles, y no solamente en Barcelona, como habíamos creado estas redes nacionales como la coordinadora psiquiátrica nacional o internacionales, el mapa de la vergüenza, todo esto confluyó, de manera que las consecuencias de esto fueron dobles. Por una parte empleamos una gran parte de nuestro tiempo en completar el mapa de la vergüenza, en este caso en España. Tres grupos de los expulsados del Instituto, fuimos con tres coches, nos repartimos el territorio y fuimos unos por todo el Levante hasta Huelva, otros por el centro de la península y otros por el Norte A través de los contratos que teníamos

por la Coordinadora Psiquiátrica nacional visitamos una gran parte de los hospitales psiquiátricos de España. Dos educadores, una trabajadora social y yo juntamos un coche e hicimos Reus, Castellón, Valencia, el hospital psiquiátrico de Jesús -inolvidable- el hospital psiquiátrico de la Santa Faz de Alicante, el de Miraflores en Sevilla, en Córdoba no lo pudimos ver pero estuvimos con Castilla del Pino, Sevilla, Miraflores y el hospital psiquiátrico de Huelva. En aquel momento el único hospital psiquiátrico que estaba en transformación era el de Huelva, cuya transformación llevaba Onésimo González.

Como colofón de este conflicto del Instituto mental hubo dos cosas importantes, una, llegó a haber un juicio público, del juzgado correspondiente, concretamente por nuestros despidos y todo eso. La sentencia que dedican a mi despido y como persona más visible porque era el jefe de servicio entre los expulsados fue una sentencia extraordinariamente importante en la que yo reconocí que había desobedecido a la dirección, pero explicaba los motivos por los que había desobedecido a esa dirección. Yo explicaba que tenía que hacer lo imposible para que esa enferma pudiera algún día salir. Explicando la justicia abiertamente todas estas cosas la sentencia dice que reconoce esa desobediencia, pero que esa desobediencia está perfectamente argumentada, y es valorable el por qué se desobedeció a la autoridad. Y dio como valida la desobediencia a la autoridad. La sentencia dio la vuelta al mundo, para ese momento, aquí, fue muy importante que un juez dijera eso. Expandió todavía toda esta red que se había creado se hizo todavía más fuerte, ganó en capacidad, porque tuvimos una reunión valiéndonos de toda esta red, concretamente toda la cosa pública se hizo en la academia de ciencias médicas, cara al público, a la prensa, todo. Reunimos aquí a 120 profesionales de la psiquiatría española en su mayoría médicos, pero también auxiliares, enfermeras, educadores, de veinte hospitales psiquiátricos de la geografía española, y a 50 profesionales europeos, alemanes, ingleses, italianos, franceses etc... Tuvimos una serie de reuniones en un lugar clandestino, una escuela en concreto que los grupos de pedagogía nos prestaron, y con esas reuniones de lo que eran los profesionales abrimos un debate en la academia de ciencias médicas que duró dos días. Allí

participaron estas personas más conocidas, Basaglia, Castel, yo mismo, de cara al público. Una sala abarrotada de gente. Entonces hubo tal número, conservo los originales prácticamente de todo, pero es que eran decenas y decenas y decenas de telegramas, de informes, de cartas, desde Cooper , muchísimas gentes conocidas, hasta Foucault, cartas de juntas directivas, asociaciones de psiquiatría de diferentes países, belga, Holanda, un montón, que todo esto se llevó al juicio público también, planteando las bondades de lo que estábamos haciendo y la necesidad de que eso pudiera realizarse y no la desmoralización que representaba que una cosa así se eliminara y se pisoteara. Entonces ésto le dio mucha fuerza.

Éste fue también el sentido que tuvieron los conflictos. Algunos fueron mucho mas laborales. Otros, como el del Instituto mental tuvieron unos contenidos de transformación asistencial antipsiquiátrico, porque sería el término que le correspondería, porque era frente a la psiquiatría existente, y por lo tanto anti. Estos conflictos también daban un poco de tono y movían un poco a la prensa porque aquí no fue Sábado Gráfico, pero Triunfo le dedicó unas páginas centrales -Vázquez Montalbán- al Instituto mental de la Santa Cruz.

Veníamos ya una generación no seguían otras generaciones que querían amplitud de miras, que querían olvidarse de toda la represión habida y por haber. Nosotros le dábamos auge a ese paralelismo. Yo escribía que el manicomio era una escuela sociopolítica impresionante porque se veía lo mismo que estábamos viendo fuera pero encerradito, como un laboratorio. En ese momento, por ejemplo. El Viejo Topo y Ajoblanco son hijos de esta misma madre, aunque sean posteriores. Jorge Herralde, dueño y director de Anagrama desde su inicio hasta el día de hoy, se quedó maravillado. Las hemerotecas están para mirarlas. En más de una o en mas de dos entrevistas habló de que quien salvó a Anagrama en esos momentos fue la sección Cuadernos y dentro de la sección Cuadernos la colección de psicología que llevaba yo.

Caparrós en Madrid , otra editorial nueva... también nos rifábamos los libros de ella , Caparrós

publicó todo lo de la antipsiquiatría inglesa. Nosotros más, todo lo de la antipsiquiatría italiana y eso.

Eso eran libros realmente, tan vendidos como que Herralde se quedaba impresionado. Se exportaron a los países latinoamericanos. Un ejemplo de ello, es que yo mismo, me podía quedar maravillado, desde aquí, expulsado del Instituto mental de la Santa Cruz me fui a Valencia, a hospital psiquiátrico de Bétera, y empezamos una labor mas larga, con las mismas bases, haciendo estas mismas cosas, transformación similar a la que he contado aquí pero más larga, acompañamientos, fiestas, todo tipo de actividad para recuperar a esas personas que también eran del viejo manicomio de Jesús, que habían sido trasladadas a Bétera.

Yo llegué allí en junio de 1974, recién llegado, los estudiantes de Valencia y eso, querían que Ramón García hablara en público. Y entonces montaron una conferencia que yo di. Lo digo sólo para que veamos un poco los sorprendidos que nos quedamos algunos. El paraninfo de Valencia de la facultad de medicina de Valencia tiene mil y pico asientos, lleno, pero con colas y colas de personas que no pudieron entrar, que yo me quedaba, en fin, yo nunca me sentí importante ni nada de todo esto, soy una persona muy sencilla, lo que hice fue una cosa de lo mas sencilla, de andar por casa, pero claro, es que me conocían realmente miles y miles y miles de personas en ese momento. En función de los libros, de lo otro, de todo ésto que cuento...

Aquí lo que si que hacíamos, desde el primer momento, igual que hacíamos en las asambleas, en el interior del hospital, aquí y en Valencia en el hospital de Bétera, que iniciamos en 1974 y que ha ido durando hasta el día de hoy. Teníamos mucha conexión con los asociaciones de bar, con la vida pública de ese momento, nuestro afán era relacionar unas cosas con otras. Los primeros pisos asistidos los hicimos en Valencia, en Bétera, con la ayuda y cooperación y el voluntariado de las asociaciones de barrio en los barrios de Oriols y Benaclet, con la ayuda de las asociaciones de barrio, y gracias a ellos tuvimos un piso en un sitio y otro en otro sitio, pudimos sacar a seis o siete enfermos por un lado y a seis o siete enfermas por otro, porque teníamos ese contacto con esos barrios. En esas reuniones de barrio por ejemplo nosotros siempre estábamos abiertos a que además de la asociación de

barrio, estaban abiertas a todos los enfermos que quisieran venir, no es que lo tuviéramos como una asociación de psiquiatrizados o no sé qué, porque lo de Alemania también lo conocí en su momento y tenía sus más y sus menos, pero sí se hacía, y lo mismo en relación con la coordinadora psiquiátrica, hicimos encuentros, muchas reuniones en las que había un montón de psiquiatrizados, hacíamos lo posible para que estas cosas estuvieran...

¿Se tuvo en cuenta la crítica de la sectorización en la reforma psiquiátrica de los 80?

Está muy bien el analizarlo, de por qué ocurrieron determinadas cosas, está expresado ahí, una de ellas que no resalto suficientemente ahí, es que todos los psiquiatras que eramos de la Coordinadora nacional, que algunos nos habíamos jugado los puestos de trabajo, en esos momentos poníamos la psiquiatría pública por delante de cualquier otra cosa.

ENTREVISTA A MANUEL BALDIZ.

6 de octubre de 2016



ENTREVISTA A MANUEL BALDIZ.

Barcelona, 6 de octubre 2016.

Disponible en: <https://vimeo.com/202510450>

Contraseña: **ManuelBaldiz**

Yo tenía por un lado tíos míos, que eran hermanos de mi madre, médicos de un cierto prestigio aquí en Barcelona y del lado de mi padre. Tenía un oficio muy especial, que era el de mi padre, que era traductor. Y yo con un cierto rechazo a la medicina. La medicina no me acababa de convencer. Los médicos se me antojaban como unos personajes muy creídos, muy narcisistas, pero acabo haciendo medicina. Estas cosas que pasan, los procesos inconscientes. Acabo haciendo medicina en parte porque tenía algunos amigos que eran progres como yo, con inquietudes, y que también querían hacer medicina y pensé, si no nos gusta este estereotipo del médico tradicional, a lo mejor si hacemos medicina se puede cambiar un poco ese estereotipo. Pero claro, muchos años después en análisis, me di cuenta de que estaba condenado a dedicarme al psicoanálisis. Yo no lo sabía entonces. ¿Qué puede haber que sea más convergente entre la medicina y la traducción literaria? Es el psicoanálisis, porque además el tipo de especialidad médica que hacían mis tíos era análisis clínicos. Analistas clínicos de un lado y un traductor por el otro lado. En el psicoanálisis se trata de eso, se trata de clínica y se trata de traducir los contenidos manifiestos a los contenidos latentes, se trata del lenguaje. Entonces esto sería la explicación de algo que yo llevaba dentro de mí, pero que no lo sabía.

Empiezo la carrera de medicina en el hospital Clínico y Provincial de aquí, de Barcelona y en un momento determinado cuando ya faltaba poco para acabar, me apunto a hacer prácticas en un departamento de medicina interna a cargo de un personaje siniestro del Opus Dei que se llamaba Alfons Balcells al que todo el mundo odiaba bastante.-Yo tenía una relación muy ambivalente con estos tíos analistas de pipís y de cacas – Entonces entré allí y me quedé horrorizado con el trato médico, con la cosificación de los pacientes

Se me han quedado grabado algunas escenas espectaculares. Un hippie norteamericano que ingresó por una intoxicación por una sustancia que se había tomado él, un tóxico psicodélico, y el Balcells y sus secuaces lo trataron como si fuera un apestado, lo trataron fatal.

Y hubo un caso distinto, de un adolescente que murió de un cáncer de huesos y que no querían hablar con él, entonces, yo, que no tenía ninguna formación, me hice un poco cargo de ese adolescente que se estaba muriendo de un cáncer de huesos.

Entonces pensé, dentro de la medicina, ¿Cuál puede ser la especialidad más humanística? Y pensé en la psiquiatría. Yo había leído a Freud de adolescente en los libritos de Alianza Editorial, aquellos tan preciosos. Me metí en el departamento de psiquiatría del Clínico y tuve una suerte fenomenal porque era un momento de efervescencia y aunque había algunos sujetos terroríficos, algunos conductistas muy cerriles, había otros personajes muy, muy interesantes. Estaba José Luis Fábregas Poveda que era muy agradable, un poquitín perverso, pero muy agradable. Y estaba Luis Cabrero Ávila, que fue mi gran maestro con el cual tuve una relación de amistad muy fuerte, que ahora tiene Alzheimer, entonces, bueno, aquello fue extraordinario.

Era una sala dentro del hospital, una sala de psiquiatría, con pacientes internados y Cabrero era un médico adjunto. Y yo empecé prácticas. Por una serie de carambolas, cuando acabé la carrera inmediatamente me cogieron como médico residente. Cabrero avaló mi candidatura porque enseguida sintonizamos mucho. Era un hombre brillante en muchas cosas y sin embargo le costaba mucho escribir. A mí se me da muy bien escribir, modestia aparte. Me cogió también por eso, para poder hacer cosas conjuntamente. Antes de que yo acabara la carrera ya empezamos a viajar los dos a Vitoria para dar clases de terapia familiar. A mí me gratificaba enormemente que un tipo con esa trayectoria me cogiera como delfín.

Luego empecé la residencia en psiquiatría, que eran cuatro años. En esos años había pacientes graves en la sala, pero también teníamos un ambulatorio, o sea, que hacíamos unas horas en la sala y otras horas en el ambulatorio.

Al principio, cuando yo entré, estaba Ramón Sarró. Era el jefe del departamento. No sé si

has oído hablar de Sarró. Un personaje muy peculiar, muy especial. Se jactaba de que había conocido a Freud. Se quería analizar con él, pero Freud no lo aceptó y le envió a una psicoanalista que no le gustó. El hablaba de eso pero se notaba que no había entendido prácticamente nada del psicoanálisis. Le interesaba mucho una cosa muy específica que eran los delirios de los parafrénicos que eran los psicóticos muy productivos con delirios muy complejos.

Estaba obsesionado con un trabajo que hizo durante años, con los mitologemas, que decía él, de los delirios de los parafrénicos y de los esquizofrénicos muy productivos. Los mitologemas eran como elementos que aparecen en los delirios y que son bastante universales y que de alguna manera entroncaban con algo que a él le atraía mucho que era la teoría jungiana de los arquetipos. Era un personaje. Él se jactaba de que era muy tolerante. Mientras él iba estudiando esas cosas, tenía a los antipsiquiatras, que eran Luis Cabrero, Fábregas y los jovencitos que estábamos alrededor. Tenía a los conductistas. Y en la parte del dispensario había unos kleinianos.

Muere Sarró, entra Joan Obiols y la cosa empieza a cambiar, porque primero se las da de que va a ser también muy tolerante y que va a permitir todo tipo de corrientes, pero enseguida se ve que no es exactamente así. Además era un personaje bastante más siniestro que Sarró. Obiols tenía además un negocio, un negocio espantoso con el que ganó muchísimo dinero. En su consulta privada tenía una inyección. Llegaban los pacientes y les ponía esa inyección, nunca se supo que inyección era. En algunos momentos nos planteamos incluso denunciarle, era una cosa bastante penosa. Hizo una fortuna con la famosa inyección.

Obiols murió en la casa de Dalí, acababa de atender a Dalí, y tuvo un infarto. Obiols hacía ver que se interesaba por la antipsiquiatría. Aquí hay una entrevista con Basaglia, aunque no creo que la hiciera Obiols. Nos dejaba hacer un poco. Allí en la sala de psiquiatría con Cabrero había la cosa de intentar hacer una comunidad terapéutica siguiendo la cosa de la psiquiatría social de Maxwell Jones, con la psicoterapia institucional de Tosquelles, o sea, que todo pudiera ser terapéutico, con asambleas diarias, con terapia de grupo, y hacíamos eso.

Luego estaba el instituto frenopático, era un manicomio, que algunos de los que estaban con

Cabrero iban ahí, y hacían algunas horas, pero el jefe del frenopático era mucho más duro. Yo fui algún día con Amador Calafat, que también sale en alguno de esos textos antipsiquiátricos. Y que luego se marchó a Mallorca. Luis se fue interesando cada vez más por las cuestiones familiares, se interesó mucho por un libro que salió de dos norteamericanos que eran Ross Speck y Carolyn Attneave, que se llamaba Redes Familiares, y la idea era ir más allá de la típica terapia de familia, del papá y de la mamá.

La idea de las redes familiares acabó con estos mismos autores hablando de redes sociales. La idea era que cuando había un problema patológico con una persona si se ponía en el contexto de todo su conjunto de relaciones personales, se podía intentar entender qué pasaba con eso y modificando algo de ese entramado de redes personales, se podía intentar modificar esa conducta y hacer que ese paciente identificado como tal no tuviera que tener esos síntomas. Es una idea un poco utópica pero muy bonita para la época. Recuerdo haber hecho sesiones de redes familiares con un paciente esquizofrénico muy interesante, a la que venían treinta personas; los primos, los amigos, era una experiencia muy bonita y con cierta eficacia. Se intentaba.

Cuando se acabó mi etapa de residente, Cabrero todavía tuvo un gesto de generosidad conmigo y me encargó que colaborase en una cosa que le acaban de encargar por parte de la diputación de Barcelona, que era la confección de un plan de sectorización de la reforma psiquiátrica ambulatoria, los centros de higiene mental. Habían empezado ya algunos centros y el encargo que le hicieron a Luis era hacer un plan para ver si la Diputación y la administración pública podían organizar un poco esas iniciativas que surgieron espontáneamente.

Fue en el 79 o en el 80, fue a un encargo, que le vino de Carlos Grande, un político comunista de la diputación, muy inteligente. Yo recuerdo que a veces nos reuníamos con Carlos grande y con un señor de la diputación que se llamaba Agustín de Semir, que era una vieja gloria de la política catalana, que luego, también en algún momento recuerdo haberme entrevistado con su hijo que se llamaba Vladimir. Fue un encargo apasionante y Luis me dijo; ayúdame a escribirlo. El tenía una cierta idea de la sectorización tomando experiencias de Italia y de Francia y yo le

ayudé a redactarlo. Me quedaba un poco grande todo eso, yo que estaba aproximándome al psicoanálisis también, pero me encantó que confiaran en mí para hacer eso.

Se hizo el plan de una manera un poco inocente tal vez, pero se hizo. Se planteó dividir la ciudad en sectores y que en cada sector hubiera un Centro de Higiene Mental. Se llamaban así, ahora nos puede parecer un poco raro, pero era el nombre de la época. Surgieron algunos y se utilizaron otros que ya de alguna manera estaban empezando.

Desde diferentes posiciones, además, algunos eran kleinianos, la fundación Vidal i Barraquer, una fundación de aquí de Barcelona que tiene una cierta importancia en salud mental; son kleinianos pero con un tono religioso. Algunos venían de ahí, otros venían de nosotros mismos. Yo me había quedado ya sin trabajo como médico residente y me empecé a interesar por ver si me podía ubicar en uno de sus centros. Y me llamaron del de Granollers y del del Casc Antic. Allí estuve ayudando a formarlo y cuando ya lo teníamos más o menos montado, ya habíamos conseguido un local que nos cedía la asociación de vecinos, vino una familia gitana y ocupó el local.

Colaboramos mucho con las asociaciones de vecinos, incluso nos llamaban para hacer conferencias sobre psiquiatría, sobre sexualidad. Yo recuerdo montar una conferencia sobre sexualidad en una asociación de vecinos. Era así, era apasionante.

Al final me metí en el barrio del Carmelo con Enric Mora, que es otro personaje importante, que estaba un poco perdido. Yo tuve mucha amistad con él, he tenido algunos problemas, pero era un personaje muy lúcido y Alicia Roig. Entonces estábamos Alicia Roig, un servidor, Mora, y mucha más gente en un local que también nos ofreció la asociación de vecinos del Carmelo y estuvimos allí bastantes años trabajando, pero...

¿Qué pasó?

En el Carmelo había algunos muy en contra de la clínica, que decía que los pacientes no había que atenderlos nunca, sino que lo que había que hacer era el trabajo de barrio,

fundamentalmente político, y otros que decíamos que una cosa no quitaba la otra y que igual había pacientes que querían ser atendidos, ser escuchados. Alicia se posicionó de una forma un poco exagerada en contra de los que decían que éramos demasiado clínicos. Era casi como un pecado esto a veces, esto de hacer clínica, de atender a los pacientes. Ahora tal vez cuesta entenderlo, pero estaba mal visto, como si todo se tuviera que solucionar sin llegar a la asistencia clínica, y eso no es realista.

Sí, se ponía el énfasis de una manera excesiva en lo social, y de una manera un poco ingenua, en ocasiones. Yo recuerdo reuniones en las que decían que en una sociedad igualitaria, una sociedad comunista perfecta, no habría enfermedades mentales, no habría ningún tipo de enfermedad mental. No habría conflictos atípicos, no habría contingencias traumáticas en los sujetos. Yo también en algún momento podría apoyar este tipo de tesis, pero se iba a un extremo que era un poco ridículo, y luego nos hacían sentir mal si en un momento determinado atendíamos algún paciente, o sugeríamos a algún paciente si estaba demasiado angustiado que quizás tenía que tomar algo para la angustia. Eso conllevó algunas dificultades en el Carmelo en concreto.

Y a todo esto, e incluso un poco antes, tuve la experiencia del Ajoblanco. Yo leí Ajoblanco, me gustaba, me pareció una revista valiente, original y un buen día me presenté en el local que tenían y enseguida hice amistad con el triunvirato, con el Pepe Ribas, Toni Puig y el Fernando Mir, sobre todo con Pepe, que era el alma mater del proyecto. E hice un primer artículo muy extraño, que era una especie de galimatías, que se llamaba algo así como La búsqueda de la felicidad perdida y luego les propuse hacer una sección de antipsiquiatría. Me dijeron; encantados. Me dieron carta blanca para hacerla. La hice, y en aquellas páginas que te pasé, ya te puse los números concretos de la sección de antipsiquiatría.

Ahora, evidentemente, pienso que no aproveché suficientemente bien la sección de antipsiquiatría, pero era muy difícil, era muy difícil hacerlo en aquel momento. Además, ¿Qué pasa? Había todo un movimiento, pero no dejamos de estar un poco separados. Ahora es más fácil con Internet, con los móviles, unir a la gente, entonces no era tan sencillo. Yo iba de una manera

bastante solitaria en este proyecto de la sección y lo que se me ocurrió fue pedir a los psiquiatrizados, a los que hubieran tenido experiencias psiquiátricas, que enviaran cartas. Eso fue extraordinario, todavía guardo las cartas. Algunas las utilicé en alguno de los números posteriores. Tampoco era fácil elegir qué carta ponías, qué hacías con la mera exposición de la carta, porque podría ser un testimonio muy dramático, ¿Pero qué respuesta dabas a eso? No era fácil. Aprendí mucho con eso, pero también me sentí un poco frustrado y al final le pasé el relevo a Carlos Rey que hizo un pequeño colectivo y que fueron los que montaron sobre todo el monográfico. En el monográfico yo colaboré con un artículo contando la experiencia que tuve cuando fui a conocer a Enrique González Duro, cuando fui a conocer el Hospital de Día de Madrid, que fue también una experiencia muy bonita, muy interesante.

La contracultura es un significante que no hemos mencionado hasta ahora, pues ahí se inserta de alguna manera la antipsiquiatría. El Ajoblanco en ese sentido es muy ilustrativo, te encuentras cosas sobre drogas, sobre homosexualidad, sobre feminismo, claro,...esa época. No era algo que les viniera como extraño a todo el mundo, por poco intelectual que fuera, no te creas que eran grandes intelectuales, pero a todos le sonaba, quien más o quien menos, todo el mundo tenía un amigo que había hecho algún brote, que se había colgado con ácido. Esas cosas estaban ahí, mira, hicieron películas; la Family Life. A mí me llamaron para intentar participar en los subtítulos de esa película. Y también Alguien Voló Sobre el Nido del Cuco, estaba en el ambiente todo eso.

Se hizo la famosa Coordinadora Psiquiátrica, pero era muy distinto de como ahora la podríamos hacer. Hubo una jornada en Trieste magnífica y yo no pude ir y no me enteré de nada. Claro, luego iba persiguiendo a Enric, preguntándole. Ahora sería muy distinto, te enterarías perfectamente, era distinto. Tal vez lo digo en descargo de que no se hicieron las cosas tan bien como se podían haber hecho, pero era así. Y esa fue un poco mi trayectoria.

Y luego ya cuando se acabó lo del Carmelo, que fue bastante doloroso, porque nos peleamos con una parte del equipo, cuando se acabó lo del Carmelo ya era una época en la que ya la reforma

psiquiátrica se empezaba a demostrar que no iba a ser tal y como lo habíamos pensado.

Hubo un cambio político, en lugar de ser Carlos Grande, pasó a ser un tal Joan Carles Mas, un socialista, y destituyeron a Cabrero y pusieron a Juan Corominas, que era otro psiquiatra del clínico con una posición teórica en las antípodas del proyecto, pero totalmente en las antípodas. Era un tipo que sólo creía en la psiquiatría biológica y que lo de la sectorización le parecía que no tenía ninguna necesidad de funcionar así. A partir de ahí la cosa empezó a oler un poco mal. Se fue tecnificando, se convirtió en una cosa que estaba bien, era mejor que las prácticas más tradicionales, pero ya no tenía aquel impulso revolucionario que tenía al principio. Aquí hubo un bum de los centros de higiene mental.

Roser Pérez Simó fue también una persona muy importante en todo el tema de la Coordinadora de Centros de Higiene Mental. Hacíamos innumerables reuniones, pero se perdió... la cosa como más de crítica teórica, más de pensar, más sociopolítica, eso se fue perdiendo totalmente. Además, había dificultades en el día a día y había necesidad de más personal, teníamos que estar siempre reclamando a la administración y en esto se va mucha fuerza.

Esto fue un poco equivalente a lo del desencanto político también, el famoso desencanto, que hacía poco que habíamos podido empezar a votar, pero al poco tiempo ya empezó el famoso desencanto, eso fue así de alguna manera.

Cuando me quedo sin trabajo pienso, ¿me monto una consulta? Era algo que años atrás me hubiera parecido casi en contradicción con mis impulsos revolucionarios, una consulta privada. Yo, que siempre había defendido la pública, pero al final lo hice sin dejar la pública. Me monté también una consulta intentando ponerme a la disposición de las personas. Iba a acomodar mis honorarios a las posibilidades de cada uno, que por ejemplo ahora es muy curioso, dentro del mundillo del psicoanálisis, se están haciendo tentativas de cosas como la Red Umbral, ¿Te suena? O los milerianos, la gente que está por el lado de Jacques-Alain Miller, han hecho precios muy baratos, casi simbólicos, pero de alguna manera, esto yo lo he practicado siempre.

Tengo colegas que dicen, está muy bien esto que están haciendo estos jovencitos. Esto yo lo he practicado siempre. Entonces, me monté mi consulta privada, pero con una vocación pública y seguir estando en los Centros de Higiene Mental. Me pasé a uno que era el Centro de Higiene Mental de Nou Barris. Allí empezaba a haber algunos psicoanalistas fuertes que no se habían interesado tanto por la antipsiquiatría y también empezaba a haber algunos de terapia familiar sistémica. Fue otra historia. Mi buena amiga Paloma Lago era la coordinadora del centro. Fue interesante.

Alguno de los buenos psicoanalistas que yo conozco de Madrid de mi generación estaban en Francia en ese momento; Vicente Mira, Carmen Galiano, Paco Pereña. .

¿Aquí qué pasó con el psicoanálisis?

Cuando yo era muy jovencito ya había el psicoanálisis de la IPA, pero estaba en una manera muy discreta. En alguna consulta pública o medio pública como la fundación Vidal Barraquer y sobre todo en la parte alta de la ciudad, que le llamaban Villa Freud. Y vivían tranquilos con sus reglas obsesivas del tipo sólo el psicoanálisis... si te analizas cuatro veces a la semana... y ese tipo de cosas.

Los demás, los que empezamos como yo a interesarnos por la psiquiatría o por la antipsiquiatría teníamos el psicoanálisis por una cosa un poco de museo, pero de pronto se dio una circunstancia histórica muy peculiar, una carambola, que empezaron a llegar argentinos que huían de la dictadura. Aquello fue muy interesante también. Había que saber discriminar, porque algunos argentinos eran de estos que se recibían en el barco, pero otros tenían una trayectoria muy importante. Algunos argentinos entraron en el Clínico porque el Clínico era un zoco abierto a todo. Allí me encontré con un argentino encantador Arturo Roldán que un buen día me dijo, ¿te apetece venir a un grupo de lecturas de Freud que estoy formando? Yo no lo dudé ni un instante. Estaba en lo de Cabrero y en lo de Ajoblanco y a la vez empecé a formarme en psicoanálisis. A través del océano llegaba al psicoanálisis, que lo teníamos al lado, lo teníamos en París y en Londres. Era

por la cosa franquista, el psicoanálisis existía, pero no podía existir. En ese momento aparece, pero aparece desde el otro lado del Atlántico. Tosquelles también influyó un poquito

La crítica absurda y ridícula que se le hacía al psicoanálisis era la de que era adaptacionista y que era una ciencia burguesa. Eso era ridículo, porque en el verdadero psicoanálisis no había tal sujeto, al contrario, el paciente debe ser coherente con su deseo y luego ya se verá que hace él con su deseo. No es adaptacionista, y no es burgués.

La crítica de que no tenía suficientemente en cuenta lo social, sí, es una crítica válida, sobre todo en ese momento en el que había que tener en cuenta lo social y lo político y había que definirse frente a ciertas cosas. Ésa crítica era válida y yo coincidía con esa crítica, pero cuando oía otras críticas absurdas, que había gente que decía que en cuanto liberásemos a los locos del manicomio ya está, ya se curarían de manera espontánea, ahí sí que pensaba que una buena teorización de lo que es la locura o del aparato psíquico podría ser muy útil.

En mi caso concreto, con una formación tan variada de la comunidad terapéutica, de terapias familiares y de psicoanálisis, yo me he ido decantando más por el psicoanálisis, yo soy psicoanalista, pero no puedo olvidar todo lo otro. Dentro de las clases que yo doy como docente en la asociación de analistas en la que estoy, que es ACEP, siempre intento tener en cuenta todo ese tipo de cuestiones que normalmente no pasan por el psicoanálisis ortodoxo.

Reivindicó la antipsiquiatría, incluso a veces digo que la verdadera antipsiquiatría que ahora está como muy apagada en parte está también en el psicoanálisis bien hecho, el psicoanálisis que sea crítico y que permita hacer una crítica feroz a la psiquiatría biológica actual y al cognitivismo estúpido de las facultades de psicología.

Es que hay fenómenos que son terroríficos, el TDA, la fibromialgia, los protocolos de reasignación de sexo de los transexuales, todos estos fenómenos contemporáneos, si los dejamos en manos de la psiquiatría, es terrible. La psiquiatría es lo bastante importante como para no dejarla sólo en manos de los psiquiatras. Los psicoanalistas tenemos mucho que decir al respecto.

Hay gente que puede estar interesada por el análisis, que no quiere ser analista, pero se

interesa por el pensamiento analítico. En las clases que damos de análisis tenemos todo tipo de profesionales, asistentes sociales, psicólogos, educadores y es una posibilidad de no caer en ese planteamiento. Luego vienen estos psiquiatras modernos que dicen, sí, nosotros tenemos en cuenta el paradigma biopsicosocial, y es mentira. Es mentira porque se quedan en lo bio y en lo social, es como un sandwich sin carne, fetichizan lo biológico, todo es biológico, o banalizan lo social. Dicen los trastornos de la alimentación, ¿Por qué son causados? Hombre, por los dictámenes de la moda, y ya está, se quedan con eso y lo psicológico lo vacían de contenido, es espantoso.

Además, el psicoanálisis siempre ha tenido en cuenta al otro, lo otro que está en nosotros mismos; no es una teoría individualista. Es una teoría en la cual, uno de los conceptos fundamentales es el otro, el otro del lenguaje, los otros imaginarios, los otros simbólicos. Para mí un trabajo ideal, es que se pudiera seguir siendo coherentes con la tradición de la antipsiquiatría, ¿cómo sería para mí atender a un psicótico? Sería poder trabajar en todas las dimensiones de lo que está ahí pasando. Quizás un poco la línea que yo te decía de las redes familiares, pero también poder ofrecerle un espacio de escucha individual a ese joven, que no tiene que ser un análisis ortodoxo, pero sí una escucha neutra que le permita encontrar su forma particular de ser psicótico en el mundo sin llegar a lo que planteaban Laing y Cooper que era muy bonito, pero que se ha demostrado que tampoco es realizable, de que la locura podría llevar a una metanoia, a una especie de viaje místico. En algunos casos sí, cuando hay algún psicótico muy brillante, pero para mí la idea sería esa, una escucha analítica, insertada en un trabajo común, de acompañamiento terapéutico, de lo que fuera.

Era fundamentalmente una cosa muy política porque en lo que más énfasis ponían era en liberar a los locos del manicomio y hacer una reforma psiquiátrica. No tenían demasiado gusto en cómo escuchar a esos locos, una vez han salido del manicomio, una vez se les ha liberado, no les interesaba tanto. Sin embargo, del lado de los ingleses y de los franceses sí que había más interés por el trabajo con los locos.

Yo diría que sí, tanto Laing como Cooper eran personajes un poco especiales, un poco locos

también, de alguna manera, eran locos creativos y en alguno de los últimos libros sobre todo de Laing aparecen cosas especiales, entonces sí, fue cambiando.

Una señora que haga una depresión y a raíz de la depresión tiene que dejar de trabajar, una secretaria que está sometida a mucha presión laboral hace una depresión. ¿Qué le ofrece la psiquiatría actual? Una medicación para que vuelva al engranaje del sistema o algún tratamiento de estos así modernitos de ayudarle a tener recursos, a gestionar mejor la autoestima. Es penosa la dualidad que se le ofrece. El psicoanálisis, sin ser ninguna panacea, el psicoanálisis en el sentido amplio de la palabra, una escucha atenta, ¿qué le ofrece a esa mujer? Pues que pueda decidir lo que quiere hacer con su vida.

Pero luego los analistas también pueden hacer intervenciones públicas en lo social o en lo político. En Podemos el círculo de psicoanálisis también funciona. Están muy interesados los de Podemos por Lacan, mucho.

¿Pero por qué Lacan? Porque es el analista más interesante que hay, es difícil, pero bueno, es brillante, a mi cada día me sirve en mi práctica cotidiana, y no sólo aquí en el diván, si no cuando voy a supervisar, me sirve enormemente, es muy útil la diferencia entre lo real, lo simbólico imaginario, y los cuatro discursos, es enormemente útil.

Yo sigo totalmente interesado y me vinculo en la medida de lo posible en otro tipo de movimientos que no son psicoanalíticos. Me parece que nos podemos enriquecer mutuamente, por ejemplo, los de Valladolid, la otra psiquiatría, son antipsiquiatras, en el fondo son antipsiquiatras, pero también están ahí con un discurso psicoanalítico de base muy riguroso, Fernando Colina y José María Álvarez.

Yo pienso hacer ese trabajo también, aquí en Barcelona, Tizón, que viene de la IPA, que no le interesa mucho Lacan, pero me da igual porque hace planteamientos muy válidos, de crítica feroz en los mass media, del TDH, y sale en la TV3.

También Marino Pérez Salanova [Marino Pérez Álvarez], un psicólogo conductista, brillante, que ha leído a Freud mejor que muchísimos psicólogos no conductistas. Hay que apoyar a

ese sujeto, dice cosas muy interesantes, hace una crítica muy feroz de la medicalización. Javier Peteiro, por ejemplo, que tiene un libro precioso que se llama *El autoritarismo científico* que desmantela la falsa ciencia que nos están intentando meter por todas partes, de que todo es biológico. Eso es falso, ni siquiera desde un punto de vista científico se sostiene, no es verdad. Yo creo que es otra manera de hacer el movimiento antipsiquiátrico, una manera más actual, tal vez un poco menos idealista, tal vez un poco más realista, con un cierto desencanto, pero sigue siendo antipsiquiatría. Lo que pasa es que la etiqueta de antipsiquiatría ha quedado referida históricamente a una época y a unos textos, pero yo creo que eso sigue siendo antipsiquiatría y algunos los psicoanalistas que yo conozco seguimos siendo antipsiquiatras de alguna forma.

Yo estuve en Nou Barris hasta hace relativamente pocos años, lo que pasa es que la presión de la administración, el exceso de demanda y el hecho de que empezaban a llegar jovencitos que ya no estaban muy interesados por esta cosa más revolucionaria y más militante, ha creado un caldo de cultivo muy especial.

¿Por qué me marché yo de Nou Barris al final? Porque no podíamos hacer nada de lo que queríamos hacer. Si queríamos atender a los pacientes una vez a la semana, nos decían que no porque no podíamos tener lista de espera. Si queríamos hacer terapias de grupo, o reuniones familiares, un poco así las redes que funcionaban, nos decían que no teníamos espacios adecuados para hacerlas, que eso era una sofisticación, que no tenía evidencia científica. Acabé harto. Yo tenía que llevar un doble registro de los casos, lo que registraba para mí, y lo que registrábamos para la administración, y esto me parecía una hipocresía absoluta porque la administración teníamos que ponerle por ejemplo los diagnósticos del DSM-V, para mí no puede ser, ya no paso por ahí. Porque además algunos de mis amigos de entonces eran de PORE, Partido Obrero Revolucionario Español, trostkistas. Y otros eran de Bandera Roja. Del PSUC también había, pero los más radicales eran los que no eran ni siquiera del Partido Comunista tradicional. El PORE era trostkistas. Yo también me interesé mucho por Trotski en una época debo reconocerlo.

Lo de la reforma psiquiátrica, he mencionado esto tan curioso de que estaba el comunista

Carlos Grande y cuando pasó a Joan Carles Mas, que era socialista, todo empezó a deteriorarse. Igual es casual y tampoco tengo ninguna tirria especial a los socialistas.

Los hay que opinan que sí, que habrá movimiento pendular y los hay que dicen que no, que dicen que va a más. Exagero, pero hay un adormecimiento de la gente. Están intentando que no piensen demasiado. Sin hacer una crítica apocalíptica de lo que está pasando con Internet y con los móviles, con Facebook y con los selfies, lo jóvenes actuales, ¡Dios mío! Sigue habiendo jóvenes con inquietudes y jóvenes revolucionarios, pero yo diría que en una proporción muy diferente a la de entonces, al menos aquí en Barcelona. Yo recuerdo la Barcelona de aquella época y es que nos interesaba todo, la música, yo era un melómano también, nos interesa todo también. Ahora tengo muchos jóvenes que vienen a la consulta, ¿con qué síntoma? Con el síntoma de que no les interesa nada.

ENTREVISTA A ALICIA ROIG.

7 de octubre de 2016

ENTREVISTA A ALICIA ROIG I SALAS.
Barcelona, 7 de octubre de 2016.

Disponible en¹: <https://vimeo.com/205396506>

Contraseña: **AliciaRoig**

Yo con los que más cerca he trabajado es con Onésimo, Ramón, Pepe García, Enrique González Duro, que también han estado conmigo en la Comisión. En la Comisión hicimos cosas realmente muy importantes, cuando pienso en el pasado, digo: “Dios mío, no sé, me tenía que haber jubilado, es que ya he dado lo que podía a la psiquiatría con creces”. Fueron comisiones valiosísimas. Ahora hemos resucitado la Comisión de legislación y estamos con este fiscal maravilloso de Córdoba, que ojalá hubiera estado en esta época porque como este ninguno. Ahora es muy difícil, pero estamos haciendo un trabajo muy bonito.

Tratamiento involuntario, todas las reformas que se han intentado hacer, las hemos parado nosotros. Nos movemos siempre buscando el apoyo de otras asociaciones. Esta comisión se inauguró de nuevo por lo del tratamiento ambulatorio involuntario, que no se ha legalizado. Empezamos con esto, luego seguimos con la legislación penal, la reforma del código penal, que era terrorífico lo que querían hacer, también civil. Que nos apoyara la asociación de familiares, estuvo muy bien. No reunimos dos veces al año.

Yo estuve en la Comisión que se hizo del 211, la introducción del juez autorizando, yo estuve en esa Comisión en representación de la AEN. Los borradores de las leyes que se estaban haciendo, no vale la pena ni hablar de ellos, se hicieron cinco borradores para hacer una ley para enfermos mentales, que eran un paso atrás, y se pudo parar porque hicimos un trabajazo desde la AEN. Llegaron cartas al subsecretario que me dijo, “oiga, pero, usted mueve montañas, ¿cómo puede ser que me lleguen cartas de todos los hospitales de España?” “Porque nuestra asociación es muy potente y si pensamos que no debe salir... ¿a quién va a escribir si no a usted?” Por suerte no

1 No se filmó la entrevista por deseo expreso de Alicia Roig, pero sí se grabó la conversación.

hicimos ninguna ley, se quedó en un artículo del código civil, que era normalizar, no hacer nada especial, que estuviera en el código de toda la población. Esto fue lo que hicimos, en el 83 o en el 84, cuando salió.

En aquella época no hablábamos de la antipsiquiatría porque se utilizó el mote peyorativamente para ir contra nosotros porque éramos el Pepito Grillo del poder médico que nadie quería discutir. Yo estuve en representación de la AEN en una reunión del colegio de médicos en la que los médicos estaban indignados con que se cuestionaría su poder médico en cuanto al internamiento de los enfermos mentales.

La antipsiquiatría fue el A B C de los derechos humanos de la persona, fue cuando se cuestionó todo el horror de la violencia en la psiquiatría. Entonces, ¿por qué se llamó antipsiquiatría? Primero de una manera peyorativa, esto lo inventó Cooper, ni Basaglia ni Laing, que yo los conocí, sobre todo a Basaglia, era superamigo y lo quería muchísimo y me acuerdo mucho de él. Y Laing que era más frío, hice un año en sus comunidades, esta gente jamás se ha autotitulado como antipsiquiatras, si era gente que estaba trabajando con enfermos mentales al 100%, uno en comunidades pequeñas y otro cerrando hospitales psiquiátricos, que era Basaglia.

La antipsiquiatría se ha utilizado para cuestionar a esa gente que si no éramos psiquiatras científicos, que si éramos filósofos, activistas de la causa, de todo menos psiquiatras. La antipsiquiatría se ha utilizado de manera peyorativa. Y yo he dicho miles de veces públicamente que fue la apertura a los derechos de las personas, a nivel europeo, en todos los países porque en el Reseau de la alternativa a la psiquiatría -también estuvo un andaluz, que organizamos un Reseau en Sevilla

En Londres estuve en el 74 y 75, y luego ya, en España de nuevo, estuvimos montando los primeros Centros de Higiene Mental, que en Cataluña fueron los primeros, en barrios diversos, que al principio nadie nos pagaba, después la Diputación se hizo cargo, pero al principio era una especie de voluntariado y el ayuntamiento nos daba un local.

Yo acabé en Londres porque acabé la carrera y no tenía título de psiquiatra. Antes no había el MIR. Hacías tres años de hospitalización. El hospital que a mí me tocaba era el hospital Clínico, en manos de gente horrorosa. Yo pensé yo aquí no me formo, me deformato. Tenía la alternativa de ir a Italia o a Londres. Pensé mejor en ir a Londres porque pensé que en Italia sería muy confortable en cualquier momento de mi vida y en cambio Londres no. Allí tenía posibilidades de gente cercana para no estar allí sola en el mundo y porque además me interesaba mucho.

Yo había leído *El yo dividido*, era uno de los libros que más me había emocionado en mi vida profesional y tenía muchas ganas de ir a las comunidades de la Philadelphia Association, donde estaba Laing. Pensé puedo hacer esta especie de training, que era más una formación filosófica fenomenológica, una maravilla, ojalá la tuviera la gente ahora. Estudiábamos antropología, venía el sobrino de Huxley, Julian Huxley, a dar los seminarios. Por las tardes teníamos unas clases, ninguna de psiquiatría, sólo algo cercano al psicoanálisis, filosofía, antro y luego estaban los pacientes, ocho o diez en cada casa y nos turnábamos para acompañar los pacientes, para que no estuvieran un minuto solos.

Un poco me fui a Londres porque sabía que esta experiencia podía ser de corta duración, así como la italiana no. Basaglia hizo un trabajo más político, más institucional de larga duración. Empezó cerrando Goritzia, siguió en Trieste, se aprobó la ley 180, pero lo de Londres empezó como terminó. No afectó suficientemente como Italia a la psiquiatría inglesa. Yo por la mañana me iba a un psiquiátrico manicomial a trabajar, porque conseguí trabajo en Westminster. Yo tenía el permiso de trabajo como médico, porque no era psiquiatra entonces. Entonces estuve en un hospital psiquiátrico.

Yo quería ver toda la gama de cosas que había, la comunidad terapéutica de *Henderson*, la primera que se fundó, que era para pacientes con delitos delincuenciales. Ellos hacían la comida, era una verdadera comunidad terapéutica. Ahora le llaman comunidad terapéutica a todo, pero entonces una comunidad era esto en donde había asambleas, grupos de pacientes, ellos hacían todo y les daban también la opción de analizar sus tratamientos. Había un buen equipo terapéutico.

Estuve también en un Day Hospital, tenía tiempo para todo, me iba al psiquiátrico por la mañana, una hora de metro, luego por la tarde estaba inscrita en la Tavistock. Por la tarde noche me iba a la Philadelphia a los seminarios nocturnos, como a las siete u ocho, y te quedabas ahí con los pacientes horas. Ese era el training, porque no te daban título ninguno, pero es haber estado ahí.

Laing daba un concierto porque tocaba el clave y era una experiencia extraordinaria como persona que le interesa la psiquiatría, pero le interesa el ser humano, la filosofía, como a mí. A mí no me interesa la psiquiatría como tal, lo que te enseñan en la carrera. Por eso cuando terminé pensé, lo que me puedo desesperar ahora en el hospital clínico con una gente atroz, que sólo daba fármacos y no tenía ningún horizonte y yo pensé, aquí no me quedo.

Cuando volví yo ya tenía dos años de currículum muy bueno, tuve que hacer otro aquí, en un psiquiátrico cualquiera, estuve en Martorell, en el Sant Boi antiguo, haciendo trabajo voluntario porque me exigían un año más, más la formación psicoanalítica que la hacía aparte. Entonces empezamos ya con un equipo pequeño a organizar los Centros de Higiene Mental.

En Londres estuve en la Association Filadelfia un año y pico, yendo dos o tres veces por semana. Allí estábamos estudiantes de filosofía, de todo, no éramos muchos psiquiatras, futuros psiquiatras. Laing era muy famoso en ese momento.

Era un hombre fascinante, por los libros que había escrito, por *El yo dividido*, porque era un hombre muy inteligente porque tenía una formación extraordinaria. Se había analizado con Winnicott. Se hizo famoso en el exterior yo creo que por las casas, las comunidades, esto no existía en ningún sitio. No es que Laing hiciera ninguna venta del producto, no era hombre social, como Basaglia.

El error de quienes nos hemos metido hacer reformas es que no nos hemos metido en la Universidad. El gran error que hemos cometido es que la formación está en manos de otros, no en manos nuestras. Y cuando hayamos acabado nuestra tarea luego vienen otros y nosotros nos morimos. Es una lástima, pero es así.

Lo de Laing, ¿por qué se hizo tan famoso? Siempre he pensado que es por lo que escribía y

porque se hicieron muchos documentales, como *Family life*, todo eso está muy basado en el trabajo de Laing y Schatzman. Era un fenómeno inglés, muy, muy cultural. Aunque también en Italia, aunque en Italia el trabajo institucional, había gente trabajando alrededor de Basaglia, que no tenía nada que ver con su profesión, arquitectos, escritores, gente de la cultura, por eso aquí hicimos una jornada en la sala Villarroel, con toda la gente del *Reseau*. Con Laing, era una cosa menor, más minoritaria, más filosófica. Yo creo que acabó mal porque del que yo conocía al de la etapa final había gran diferencia, yo creo que se confundió un poco. Así como Basaglia, tuvo una línea muy política, de conseguir cambiar leyes. Yo creo que me metí en las leyes por esto, por él. Un día me dijo una frase, Alicia, no se consigue nada si no cambiamos las leyes, tienes que cambiar las leyes. Y ahí me metí.

El *Reseau* nace en el 75 en Bruselas. Entonces, el primer *Reseau*, que aquí lo explico en una de estas hojas que te he dado y hablo además de unos párrafos que escribió Castel en esa época, muy amigo. El *Reseau* era un movimiento muy amplio de la gente de la cultura. En ese momento interesaba esa lucha antimanicomial que llegó a mucha gente de la cultura. Y el *Reseau* piensa que yo de Londres me fui a Portugal, a Bruselas, la primera, Portugal, Venecia, los primeros *Reseau*, se hicieron en diversos lugares, en París. Los primeros fueron en Bruselas y en Portugal, que acababa de ocurrir la guerra de los claveles.

A mí me robaron las maletas, me quedé sin ropa, pero fue muy bonito. O sea, que desde Londres además de trabajar y hacer la formación, estaba muy conectada. Con Guattari también, que era psicoanalista, había sido filósofo, no era médico él, y estaban en ese movimiento también, en La Borde con Oury... que sí que era médico. Guattari estaba muy cercano a Basaglia. Escribía muy confuso pero era un hombre muy brillante y Castel. Era un hombre muy brillante, te saca del punto de vista clínico y te hace ver un análisis sociológico de *La gestión de los riesgos*, del riesgo del control psiquiátrico y todo esto, precioso. Una maravilla Castel. He estado 1000 veces en su casa, le conocí muy bien. Los más cercanos fueron Castel, Basaglia y Guattari también, lo que pasa que murió joven.

Y luego pues Mony Elkaim en Bélgica. Y luego ya Franco Rotelli, todos los que venían detrás que también han tenido mucha... Luego Claude Lauzoun, qué fue que cogió el testigo del *Reseau* que fue cuando los italianos lo dejaron, 10 años o 12 duró el *Reseau*, que se llamaba alternativa la psiquiatría, entonces se creó el *Comité CEDEP* que lo creó un francés que se llamaba Claude Louzoun, que acaba de morir hace dos o tres años y que ha seguido, manteniendo seminarios cada año en ciudades diversas.

Sus objetivos no era hablar de temas psiquiátricos o vamos a cambiar las leyes sino temas más éticos. Derechos humanos. El *CEDEP* es el *Comité de Ética y Derecho de Psiquiatría* y allí había muchos juristas, así como en los anteriores había muchos sociólogos, filósofos y gente de la cultura, en este final, el *CEDEP*, que aún existe, el secretario está en Suiza se llama Bruno Gravier. Lo que pasa es que el alma del *CEDEP* era Claude que murió por desgracia en una operación de corazón hace tres años. Yo hasta a las reuniones de prolongación del *Reseau* también he ido. Pero, ya te digo, desde Londres había muchas teclas que tocar, porque estábamos en el *Reseau*, con la formación de las comunidades de Laing. Vino Basaglia y conoció a Laing conmigo.

Basaglia y Laing se querían conocer. Yo trabajaba en las comunidades de Laing. Basaglia venir a Londres y yo tenía un flat muy grande y ahí durmió él. Estuvo tres días o cuatro y en uno de sus viajes cuando me pidió si yo podía organizar una cita y aunque yo no tenía mucha confianza con Laing, enseguida me dijo, sí, claro, me encantaría conocer a Basaglia.

Basaglia era un hombre de una clase alta veneciana, muy elegante, muy inteligente, tenía estas ideas políticas. Y me peleaba mucho con él porque yo siempre he sido anticomunista, yo era mucho más libertaria, me parecía que estos partidos autoritarios no iban a llegar a nada, y de hecho no me equivoqué. Él ha sido así, pero creo que por una historia familiar porque su mujer tampoco es que fuera radical, una socióloga, Franca Basaglia. Laing y él, eran un poco los polos, es decir, había procesiones de estudiantes jóvenes que se iban a Italia y otros que se iban a Londres.

Laing era psicoanalista más que psiquiatra, era un psicoanalista winnicottiano. Era más fenomenológico-existencial, le interesaba más transmitir lo que nos transmitían esos seminarios que

traía a gente muy interesante. Tenía un respeto por lo que estaba haciendo Basaglia porque también era un cambio en su país y, en pequeño ejemplo, también estaba haciendo algo muy alternativo a lo que se hacía en los hospitales psiquiátricos. Los hospitales psiquiátricos de Londres, yo estuve en tres, era un horror, Londres no era mejor que aquí, tenía más recursos, pero nada más.

Luego había comunidades terapéuticas muy interesantes. El fenómeno en ese momento era la comunidad de Maxwell Jones, el *Paddington Day Hospital* también trabajaba bastante como una comunidad. Estuve dos o tres meses en el *Central Middlesex Hospital*, hospital universitario para obtener el título para poder trabajar en Londres que en dos meses y medio me lo dieron. Hablaba un inglés de academia, no un inglés bueno, pero tenía mucha facilidad y enseguida lo agarré, de lenguas, pero que exigía un inglés muy correcto para trabajar con pacientes y me dieron el título. De *Central Middlesex* paseé al *Napsbury*, pero allí no estuve con contrato y del *Napsbury*, en donde estaba Valentín Corcés, al *Claybury*, que fue uno de los primeros que se cerró de Londres y de allí ya al *Paddington Day Hospital*, que era ya un centro terapéutico comunitario.

¿Cómo llegaba la gente a las comunidades?

Yo sé que la mayoría eran ingleses pero los trámites no los recuerdo. Sé que mantenían contacto con la familia. Supongo que era un núcleo de población que no quería llevar a sus hijos o a sus enfermos al hospital psiquiátrico. Conocieron esta gran moda de las comunidades de Laing. Laing nunca pretendió que esto fuera extensivo, que es algo que yo he cuestionado siempre, qué lástima que este hombre con esta inteligencia no haya hecho algo más amplio de incidir en la psiquiatría oficial como hizo Basaglia. Era un hombre muy fóbico, el otro era un líder.

Con Basaglia sí que hubo gente que fue, pero en España no todo el mundo lo tuvo tan fácil. No todo el mundo sabía lenguas o tuvo el apoyo familiar. Yo vivía fatal, pero tenía mis cuartitos. De la gente que yo conocía aquí y que estábamos en esas coordinadoras psiquiátricas, había un movimiento también de que había que trabajar para el país y no moverse de aquí, pero yo no recuerdo que la gente tuviera demasiados deseos de irse. No sé si es que no sabían dónde irse. Yo

lo tenía muy claro, ya me había llegado mucha información de Francia e Inglaterra y también de Francia, de la psiquiatría del sector, también podía haber ido a trabajar allí. Yo podía haber elegido entre tres experiencias muy interesantes, la francesa la que menos a mi modo de ver, pero bueno, también lo era. En esa época, como estamos aquí, que era un horror. Estábamos con Franco, las reuniones internacionales eran clandestinas.

¿Vivíais en las casas de la Philadelphia?

Nos podíamos pasar media noche o noches enteras, quiero decir, no tenías obligación de estar ocho horas o siete, pero había un profesional que sí que vivía allí. Lo que sí había eran turnos de acompañamiento. Los profesionales allí carecían de psiquiatras, si que había alguno que evidentemente si tenía que dar la medicación la daba, pero no era de los que íbamos a formarnos.

Nosotros, los jóvenes, íbamos a estar allí con el paciente y a ver la experiencia de su evolución, de ver si realmente al estar en una casa cómoda, en un barrio lleno de árboles y con los profesionales que quieren estar contigo y que te ayudan voluntariamente, te apoyan y hablan contigo. Nosotros escuchábamos tan quietos, era una experiencia interesante, mucho menos dura que estar en un hospital psiquiátrico. Había gente que se quedaba y nos pasamos algunas horas allí, pero tenía que haber gente de noche, nunca se les dejaba solos.

¿Hubo problemas con el vecindario?

En la época mía si recuerdo que comentaban que habían tenido problemas de aceptación, pero luego, como eran casas muy tranquilas. ¿Que pudo haber crisis de violencia? Seguro, pero yo creo que también hacían una buena selección, supongo. Era más bien gente joven, con primeros episodios, que estaban más que nada asustados, que no gente de larga cronicidad. Yo en la época mía no recuerdo nada y si lo pregunté y me dijeron que inicialmente sí, ya conocido, ya hacía año que existía en estas casas, por lo menos cinco o seis.

La evolución de Laing ya no la seguí mucho, porque luego se hizo humanista y hacia

experiencias como esotéricas. Yo pensé, este señor no tiene nada que ver con el que yo conocí con el que escribió *El yo dividido*. Yo también creo que todo psiquiatra tendría que estudiar filosofía. Yo si leo la caverna de Platón entiendo mucho mejor al ser humano que leyendo un manual de psiquiatría.

¿A Basaglia lo conocías ya?

A Basaglia lo conocimos En la época de la Coordinadora, en la que explica Ramón García uno de sus libros, que íbamos al colegio de médicos, que nos dejaba un local. Éramos pocos entonces, pero bueno, la Coordinadora había gente de aquí y algunos del resto del estado.

La Coordinadora aparece con los conflictos psiquiátricos y con lo del mapa de la vergüenza, que lo inauguró Basaglia, y lo coordinábamos Ramón y yo. Estaba conectado con el Reseau, pero lo empezamos a hablar aquí, en una de las reuniones de aquí. Las reuniones del mapa de la vergüenza empezaron con gente española y Robert Castel, poco más.

Ramón García hablaba del equipo médico pedagógico que se reunía en la academia de ciencias de Barcelona, ¿te refieres al grupo que mencionaba Ramón García?

En una de esas reuniones ya trajimos a Franco Basaglia, quien conectó primero con Franco fue una psiquiatra que era muy amiga de Ramón, Ana Seró, que fue a Trieste con otro más, Luis Torrent, que se fue a Menorca y no sé si vive o no vive. Ana sí que tuve algún contacto con ella, pero sé que murió. Nosotros ya lo conocíamos de oídas, pero lo trajimos y la relación ya se convirtió en algo muy... Yo he estado en su casa viviendo en Venecia. He ido mucho a Trieste, pero no a trabajar, o sea, a reuniones puntuales, momentos críticos, que hacían algo, había ido mucho a Trieste.

Entonces cuando estaba Rotelli llevándolo, Franco empezó viniendo a la Coordinadora. Luego ya cuando el *Reseau* teníamos reuniones más oficiales, que una se hizo en Sevilla, otra se hizo en París, en Bruselas. Entonces ya con Basaglia fue cuando nos apoyamos mucho en el tema

legal español, de conocer su ley, la ley que se había hecho en Italia del cierre de psiquiátricos de tratamientos ambulatorios.

Yo he visto cómo trabajaban los equipos domiciliarios, mucha enfermería, ya quisiera yo tenerla, pero claro, es muy difícil tener un equipo de recursos tan comunitarios como tenían ellos, pero claro el dinero que les llegaba no lo gastaban en el hospital, lo gastaban el trabajo externo, en el trabajo domiciliario, con los pacientes, montando bares, una cosa muy de inserción laboral. En Trieste había un barrio que tenía restaurante, bar, todo llevado por usuarios.

El presente es mucho más árido, aunque tenemos una primaria integrada con todos nosotros, o sea, trabajamos en el ambulatorio con ellos, hacemos cosas muy bonitas, que en Francia se lo contamos a un psiquiatra francés y soñaba. Yo soy una asociación de salud mental pública, gratuita y concertada, a mí me pagan un dinero cada mes para que yo pague a todos los profesionales. Nadie gana dinero, somos públicos y gratuitos no podemos quedarnos ni una peseta de la administración. Estamos más auditados que nadie.

Ahora, luego hay concertados que son sociedades, pero la mayor parte de los concertados, todos son como yo, yo para ti sería privatizada, pero soy concertada. Ahora lo que no se ha hecho bien es seleccionar. Si tú realmente no eres una asociación sin ánimo de lucro. Le explicaba cómo funcionaba aquí a Pepe García y me decía: “Vente a Asturias, organízame, porque esto es una maravilla”. Estamos trabajando mañana y tarde y antes trabajamos hasta las nueve de la noche, o sea, ¿y a esto se le llama privatizado? Pues no sé si privatizado ese prejuicio de que tú ganas dinero con lo que te da la administración pública, pues éste estáis muy equivocados. Nosotros no somos lobbies, los lobbies están en otro sitio.

Capio y empresas de estas que se presentan a los concursos. Tengo que presentarme a un concurso pronto y pueda aparecer cualquiera a llevarse mis centros, pero es todo muy concertado, pero hay muy poco de la Seguridad Social de psiquiatría porque además lo poco que tenían se lo han sacado encima. Los únicos que quedamos independientes y que nos pueden comer cualquier día

somos los centros de salud mental. Ayer me pasé media mañana con el jefe de servicio del Vall de Hebrón, con hospital de San Pablo lo mismo, estamos supercoordinados, pero no dependemos de ellos. Mi gestión la manejo yo.

Yo estoy horrorizada con lo que está pasando a nivel político aquí en Cataluña, pero a nivel de salud mental se trabaja muy bien. Hay una muy buena coordinación, tenemos experiencias comunitarias compartidas. Trabajamos con servicios sociales, trabajamos con la primaria. Yo tengo nueve personas, psicólogo, enfermero y psiquiatría que se trasladan a primaria todas las semanas. Con los hospitales no tenemos problemas.

Yo estoy en dos comités de ética, uno lo presido yo, el Comité de ética asistencial es aquí en Barcelona y el otro es el de Madrid, que no es Comité de ética asistencial, porque Comité de ética asistencial tiene que estar avalado por la administración, pueden venir a consultarte cualquier persona de fuera. Hemos hecho un documento sobre la buena praxis de la hospitalización, pero la coordinación es excelente. Es verdad que hay servicios que pagan peor a los profesionales que mi convenio, porque yo tengo un convenio, que la mayoría de las personas que estamos, cobran lo mismo.

Hay una sanción de un 10% si no lo cubrimos, lo que están controlando son los fármacos, de no gastar demasiados fármacos. Eso sí que estamos muy evaluados y nos pueden penalizar hasta 4000 euros el concierto si no cumplimos, las leyes que nos ponen.

Ahora, con las monjas de Benito Meni tengo la media estancia, con el Vall d'Hebron tenemos agudos. El trabajo comunitario se ha exigido mucho en los conciertos y nadie pone pegas. Lo que nunca hubo en Cataluña fue grandes peleas psiquiátricas, así como en Madrid y en otros lados, sí. Como estamos tan fragmentados y concertados con gestores distintos siempre hemos tenido el buen ojo de decir hemos de estar muy unidos.

Durante más de treinta años ha existido la coordinadora de los Centros de Salud Mental para aunar esfuerzos. No sé, lo que pasa es que faltan recursos, tenemos servicios de rehabilitación y de reinserción familiar, pisos, residencias, eso está, pero claro, necesitamos mucho más.

Y luego Cataluña está quebrada económicamente, con lo cual si este señor va diciendo que el año que viene es el año de la salud mental, no sé de dónde sacará el dinero, pero claro, si el dinero tiene que venir de Madrid y tú quieres desconectar, es todo como una broma.

Un adoctrinamiento que íbamos teniendo desde hace treinta años con el corrupto del señor Pujol, que ha sabido meterse en el bolsillo a todos los votantes españoles, inteligente lo era. Del tema nacionalista, aquí la gente no se define por miedo, no por miedo a que lo maten, porque no estamos en el País Vasco, por miedo a que no le den cosas. Yo hablé en castellano con los políticos, pero nadie se atreve. Yo los independentistas y nacionalistas, me parece de una pobreza, es un espíritu totalitario, porque además es todo falso. Madrid nos roba, el otro no roba, y mientras aquí gestionan pésimo.

Lo peor que ocurre aquí es que la gente tiene miedo de hablar de lo que piensa, porque te pueden poner en la lista negra. En el trabajo que no me dan a mí el programa y se lo den de al lado, porque es más de la cuerda de ellos. Ese tipo de cosas tan pobres y tan mezquinas. Piensa que los medios de comunicación catalanes están en manos de ellos.

Aquí la continuidad con los 70, los psiquiátricos siguen estando llenos de crónicos, no en la caridad terrible que estaban entonces, pero sigue la psiquiatría catalana muy en manos de la Iglesia, San Joan de Deu y Benito Meni, las monjas y los curas, que son los que tenían los manicomios de Sant Boi.

¿Qué ha pasado con esto? Que han ido disminuyendo las plazas, pero está lleno todavía, hay como dos mil y pico o tres mil, que esto si se denuncia públicamente, plazas de gente encamada y metida en un psiquiátrico, pero claro, toda esta gente ha estado obligada por lo que se les daba económicamente a hacer la reforma fuera, centros de día, hospitales de día, entonces claro, yo no sé cómo está el resto del país porque ya no viajó como viajaba antes para ver unidades psiquiátricas. Yo sé que estamos mejor a nivel de recursos a la comunidad, rehabilitadores, pisos y alojamientos y que la administración tiene esta cultura.

Los servicios de rehabilitación están funcionando muy bien, y luego sobre todo que hay muchas reuniones, llevamos muchas cosas conjuntas. Hay mucha tendencia a hacer federaciones. Con Barcelona Salud Mental estamos los hospitales de día, en el CPL de Fábregas, que hizo un libro sobre Laing, que yo le organicé la reunión también. Fábregas murió hace un par de años. Amador Calafat sí vive. Fábregas montó un hospital de día y con todo el equipo de Fábregas yo inicié una estrategia conjunta y de continuidad asistencial en la zona norte, montamos una cosa que se llamaba BCN. Otra medida está en Foro Salud Mental que es de rehabilitación, ahí está el tercer sector, esta cosa tan importante de la cosa social, de empresas muy pequeñas y concertadas con la administración para gente con problemas de drogas y para gente sin techo y demás. Entonces, mucha tendencia a asociarnos y reunirnos. Lo que no tiene nada que ver con los 70, que eran movimientos de denuncia, ibas a un hospital, hacías fotos y denunciabas, ahora ya no se hace esto.

¿Y el tema laboral?

Esto es un trabajo que estamos haciendo a través de una cosa que se llama incorpora, pero muy lento, pero sí que se intenta. Nosotros conseguimos más trabajo para pacientes en el ayuntamiento de zona del distrito que a nivel de empresas. Pero sí se está intentando que a nivel legal haya más presión en las empresas para que contraten gente, pero es difícil, o sea, estamos insertando gente pero más en servicios que tienen que ver con la administración.

El patronato es una fundación y es uno de los centros primeros de rehabilitación que ha habido en Barcelona y realmente están haciendo un trabajo increíble con un programa de jóvenes, una peluquería, inserción laboral, prelaboral, tiene una empresa social que se llama *Passar Vía*, tienen talleres para la gente que no puede todavía trabajar, o sea, es un servicio muy interesante de rehabilitación que empezó con un centro de día de rehabilitación.

El plan de servicios individualizado, que hacen un trabajo de acompañamiento. El equipo está totalmente incorporado, pero tiene que trabajar con todo el distrito.

¿Por qué una comisión de legal?

Nos centramos en el tema legal porque el momento posfranquista piensa que tenemos leyes que eran imposibles de sostener, la ley del 31, eran anticonstitucionales. Si Basaglia fue capaz de que cambiarán la ley en Italia yo también puedo cambiarla aquí.

Yo creo que esa comisión de los 80 y de los 90, con gente que tú ya has visto, se hizo desde el trabajo de comisiones, en Barcelona habíamos empezado un trabajo que se llamaba legislación, y derechos, he trabajado con Belloch, todos estos que en aquel entonces no era ni ministros ni fiscales ni jefes y fiscales ni nada, eran fiscales y jueces, como Teresa Conde, que luego fue la fiscal general de Cataluña. Con Margarita Robles, que también estuvo en el grupo primero de Barcelona.

La Comisión de legislación nos fue muy bien porque cada vez que vamos a algún hospital psiquiátrico siempre había algún fiscal o juez de la cuerda, gente que de alguna manera se reunía con nosotros y se interesaba. José María Mena, Pedro Martínez, que ya murió, éstos fueron el apoyo mayor de la Comisión para conseguir que el fiscal jefe nacional de entonces hiciera un decreto para que los fiscales controlaran más las residencias de ancianos, los psiquiátricos penitenciarios. Llegamos a tener una entrevista con Ledesma, Ministro de Justicia, cerró Carabanchel después de nuestro informe, fue muy interesante esa época, porque no sólo empezamos con los psiquiátricos penitenciarios sino también con las unidades de penados que había en los psiquiátricos.

¿Utilizabais a la prensa, divulgabais lo que pasaba?

La utilizábamos pero no nos hacían ni caso. Era sobre todo la revista de la AEN.

Luego nos empezamos a cuestionar la inimputabilidad del sujeto, nadie debe ser declarado inimputable porque se quedaban sin derechos. El preso común tiene muchos más derechos que el pobre enfermo, porque no es que te declaren inimputable y te vas a casa, no, te meto en Carabanchel sin vía de salida. O en Foncalet.

Y luego el otro tema que nos está preocupando mucho es el tema de las incapacitaciones y la defensa del convenio de Naciones Unidas que exige que no se incapacite ni siquiera a los de Alzheimer, hacer trajes a medida del sujeto esté como esté. Aquí tenemos una jueza que está en la comisión conmigo que está haciendo unas sentencias de acuerdo con la convención de Naciones Unidas que ratificó España, y que, muy bonito, pero que no se está llevándose a cabo. Y ahí está esta juez y este fiscal de Córdoba que está muy metido en este tema y es uno de los temas que estamos tratando en la comisión actual, la incapacidad, la legislación civil y el que el convenio de Naciones Unidas sea una realidad y no solo un papel firmado.

Un cántico a la libertad del sujeto y a la autonomía de la persona, entonces, todo lo que sea restringir derechos está prohibido incluso plantean que los ingresos involuntarios deberían desaparecer

Yo soy muy partidaria de que se creen comités de ética asistencial en todas partes porque esto es lo que señala el mal funcionamiento, porque a partir de ahí puedes decir, “mire, eso se está haciendo si no se debería hacer así”. La contención psiquiátrica no se debería hacer, hay un grupo de usuarios que se llaman *Contención Cero*. Vamos a ver si lo consiguen.

Con un buen enfermero que te acoja bien, que este una hora contigo cuando llegas agitado en una situación de crisis terrible, se consigue que no haya contención y que el paciente mejore mucho antes y cueste mucho menos dinero a la administración su internamiento. Eso lo contaba uno de los usuarios que te digo. Todos los enfermos querían ir al hospital para que les traten bien. Si estás agitado que haya cuatro personas que te puedan contener, que te pueden ayudar sin ataduras. Si llegas agitado que haya cuatro personas que te puedan contener, que te pueden ayudar sin ataduras, eso tan obvio no se hace.

Hay un maltrato sistematizado y el estudio que hicimos de medidas de contención mecánica, los siete hospitales que contestaron de 30, nos decían que tenían un protocolo, pero que era muy antiguo, que estaban renovando, eso sí, conseguimos que el movimiento de la contención, el tema de la contención mecánica se pusiera de nuevo un poco la superficie.

Te respondían que era necesario, que cada dos horas pasaba el enfermero, que lo monitorizaban, ¿pero cómo puedes no vivir esto como un maltrato? Le llaman tratamiento a esto, entonces claro, todo esto, tenía que haber grupos de trabajo que hicieran estudios, que escribieran de mosca, de Sócrates, te voy a dar la lata aunque no me es la respuesta, “mire usted, estamos haciendo un estudio, ¿me puede contestar si tiene medios de contención?” Y fue un momento interesante porque dices, “mira, has vuelto a alertar de este tema”. Son cosas que yo creo que claro, sino de muchos grupos de trabajo que se dediquen a esto, yo creo que es lo que no hemos hecho bien nosotros, no hemos delegado bien. La Comisión de Legislación se cerró, hubo otra y se murió, hemos vuelto a aparecer cogiendo cosas legales del momento, y somos muy pocos.

¿Qué habrías mantenido de los 70?

Yo hubiera continuado y haciendo estudios sobre la vulneración de derechos humanos, el tema de las incapacidades, el tema de que la población psiquiátrica que la incapaciten para tener recursos, el tema de que estén ligados los recursos con las incapacitaciones, la hospitalización psiquiátrica, sobre todo temas éticos, introducir más la ética en la formación de los psiquiatras. Sé creó una comisión en uno de estas federaciones que estoy, que te digo, que solo uno de los psiquiatras que tengo quiso entrar en la Comisión de Ética. Había otro que dudaba y otro era el asistente social. Cuestionar que la administración siga pagando camas de crónicos en hospitales psiquiátricos, esta es la primera gran denuncia porque este día para dar recursos a la comunidad

La ley de sanidad fue extraordinaria, y el decreto del 31 ha desaparecido y el artículo 211 y la ley 763 de la ley de enjuiciamiento civil que sustituye al 211. Hay un sujeto con derechos que tiene que ser escuchado por un juez y tiene que ser autorizado su ingreso involuntario. Tiene que ser excepcional y el juez tiene que estar antes de 72 horas en el hospital. Lo que pasa es que tenemos mucho más por avanzar porque este juez no está haciendo lo suficiente, no puede decidir si la contención mecánica desaparece o no en el sujeto que lo está viviendo, casi en el informante las condiciones mecánicas porque no lo dice la ley.

¿Militaste en algún partido?

Ni he militado ni he estado cerca de ningún partido.

¿Qué sucede con el psicoanálisis en Cataluña?

Los lacanianos han intentado tener todo el poder, en este momento tienen menos. Yo, que traje al primer profesor de Lacan, que era Oscar Masotta, porque le conocí en Londres y el primer seminario se hizo aquí, en Barcelona. Me horroriza todo lo que sea lacaniano, la no clínica lacaniana. Estoy más cerca del instituto, aunque sin supercerrados, pero no sé qué pasa Madrid. Aquí los servicios de salud mental que tenga una supervisión psicoanalítica somos poquísimos. Gente con formación psicoanalítica de mi edad hay poquísima y los jóvenes también porque no les interesa. Se introdujo aquí en la administración que nos subvencionaran en el concierto un programa de psicoterapia, cosa inaudita, que la Generalitat te pague para hacer psicoterapia en el Centro de Salud Mental, yo lo tengo este programa. Y lo tiene Nou Barris. El tema de la psicoterapia está incluido incluso en la psiquiatría biológica.

Franco Basaglia estaba en contra del psicoanálisis, decía que era para clases pudientes. Franco Basaglia tenían la cultura vastísima... me acuerdo cuando vino a casa, le puse ópera, se me llevó dos discos, sí, pero luego el tema psicoanalítico nunca lo desarrolló en absoluto, le parecía que no era el instrumento que teníamos que utilizar. Teníamos que hacer un trabajo político en la psiquiatría y el otro no, con el psicoanalista o con la fenomenología de la psicopatología de base, nada que ver.

Intentaron meterse en todas las instituciones los lacanianos, que es gente pues que ha deteriorado totalmente, es que no hay clínica, se habla un lenguaje surrealista, pero luego cuando hablan del paciente es como si no existiera. Yo he visto gente que ha tenido terapias con esta corriente psicoanalítica terribles, de situaciones que no me entran en la cabeza, o sea, para sacarlos

en un documento de denuncia, de no hablar, de no escuchar, pagando sesiones de 10 minutos sin que te digan nada, ¿pero bueno, esto qué es? A esto le llaman una forma de discurso que sirve para que el paciente, o sea, lo visten.

El *Mapa de la Vergüenza* fue una idea maravillosa de Basaglia. Era un estudio de la situación legal pongamos por caso, de los sistemas legales de derechos de los internamientos sobre todo a nivel europeo y centrándonos en tres o cuatro países. Empezamos con España, Francia. Estaban Castel y Tonqueville, que trabaja en servicios, Italia, ¿y qué país más sabían? Bélgica creo que también estaba y Portugal, estaba una época política difícil, pero también teníamos colegas en Portugal. No se convirtió en un escrito, fueron reuniones y reuniones de poder tener material. Fueron reuniones, una idea que tuvo Franco, que el *Mapa de la Vergüenza* es el mapa de cómo está la situación psiquiátrica en toda Europa pero si en algunos países. Entonces empezamos cuatro, estaba Ramón y estaba yo, aquí en España éramos como los portavoces. Con Franco estaba Rotelli, Castel, era un grupo de gente pequeño. No dio tanto de sí como hubiéramos esperado, fue una idea bonita. No teníamos los instrumentos, ¿tú sabes lo que es hacer un estudio del *Mapa de la Vergüenza* de cinco países europeos? Había que ser muy joven y pensar que el *Mapa de la Vergüenza* lo ibas a hacer en tres días. El *Mapa de la Vergüenza*, Ramón lo explica en su libro, se quedó un poco, entre las múltiples...

¿Qué pasa en Italia? Pues ahora hay que conseguir que haya casas para los enfermos que han salido los hospitales porque se van a la estación Termini. Entonces dicen que es por culpa de los antipsiquiatras que por eso están ahora todos los locos en la calle. No fue todo un jardín de rosas. Aquí teníamos problemas con todos los manicomios. El *Mapa* tenía que haber sido un estudio con gente investigando, haciendo estudios, que supiera escribirlo, con datos de pacientes ingresados, que no se hizo, pero la idea es bonita, el *Mapa de la Vergüenza* es la idea de lo que está pasando, de lo que se tiene que solucionar

Yo siempre he pensado que tenía que ver con la sensibilidad de muchos profesionales y

también con la dictadura y la opresión de la dictadura. En Italia, no tenían la dictadura pero tenía un ser iluminado que era Franco Basaglia, al que de pronto le dan la dirección de Goritzia. Se encuentra una barbarie y decide. Un señor de la alta burguesía que vive muy bien y que podía haber seguido viviendo muy bien sin preocuparse por los locos, fue lo contrario. De ideología de izquierdas, decidió que ese hospital iba a cerrarlo. Lo que falló en Italia fue que se hizo la ley 180 mucho después de Goritzia y no se hicieron los recursos comunitarios a la vez, o sea, lo que decimos, si yo prometo una cosa, tengo que tener dinero para hacerla, ¿entonces, qué pasó? En Trieste se consiguieron muchas casas para pacientes, integración laboral, enfermeros, pero en Italia se cerraron todos los manicomios. No había recursos, pero la ley se quiso anular y nunca se anuló, siempre se consiguió que el parlamento la apoyara.

Un día le digo, “Franco, te has equivocado en dos cosas. Primero que ni preveía que iba a haber esta ley, el trabajó para la ley. Entonces no pensó tampoco que tenía que tener lugares de vida para estos pacientes que llevaban treinta años encerrados. Y la otra cosa, lo de la universidad, la universidad era un lugar donde estaba la psiquiatría más nefasta. Y hace años le dije, ¡pero qué error! Y me dijo, “tienes toda la razón”, pero es que nos pasaba a todos lo mismo, todos pensamos que era un lugar como la caverna platónica, no hay que ir nunca allí, pero allí es donde se forma la gente, los nuevos psiquiatras.

Este discurso político es lo que más nos cuestionan, el haber hecho un discurso político de cambio, de transformación, de derechos y de opresión del enfermo mental, de oposición a la violencia institucional. Es un discurso político y por eso nos llaman antipsiquiatras. Si es con un sentido peyorativo, no comprendo yo porque nos pueden insultar por haber querido trabajar por los derechos humanos.

Lo que no se quiere entender es que en el ser humano si no trabajas desde todos los focos sociales y políticos del entorno, no estás haciendo absolutamente nada. Esto hay mucha gente que no lo quiere ver así, sólo quieren ver si la neurona funciona o si llegamos al foco de la esquizofrenia, que hace siglos que dicen que han llegado, pero no hemos llegado ni llegaran. El

trabajo que hemos hecho en rehabilitación ...

Yo he escuchado el discurso del último conseller y le he dicho “si realmente haces lo que acabas de decir pasas a la historia de la psiquiatría porque llevamos décadas con este discurso, espero que sea así porque va a estar muy bien”. “Bueno, antes de mi también hubo una que también puso mucho, dedicó muchos recursos a salud mental”. Y yo, no, falta mucho todavía. La gente utiliza el discurso que nosotros utilizábamos hace treinta, cuarenta años. Éstos jóvenes del ayuntamiento, de los podemitas, que hacen un discurso radical; la inserción, las desigualdades; yo digo, “Bueno, eso es lo que nosotros hacíamos”. A mí me parece terriblemente antiguo y a veces pienso, “¿Es posible que estemos todavía así?”

ENTREVISTA A CARLOS FRIGOLA.

10 de octubre de 2016



ENTREVISTA A CARLOS FRIGOLA.

Creixell, 10 de octubre del 2016.

Enlace de descarga: <https://vimeo.com/201294761>

Contraseña: **CarlosFrigola**

Cuando yo, después de formarme en la escuela profesional de psiquiatría con el doctor Sarró, que por cierto era discípulo de Sigmund Freud y de Wilhelm Reich, me fui a Londres. Yo me había formado en psiquiatría, habíamos hecho una pequeña comunidad terapéutica que se llamaba Existencialia, y entonces decidí irme a Londres. Tenía entonces treinta y dos años. Entonces conocí Laing y Esterson, y con mi mujer y mi hijo pequeño David, alquilamos una casa en Londres y empezamos a instalarnos allí. Yo quería continuar mi formación psicoanalítica en la Tavistock clinic, que yo pienso que el aquel momento era el mejor centro psicoanalítico del mundo. Donde estaban todos los discípulos directos de Freud, de Karl Abraham. Me formé allí. Por cierto, vivía en un barrio cerca de la casa de Freud. Freud vivía en Gardens Numero 22. Y yo vivía en el mismo barrio. Pasaba delante de la casa de Freud. E iba a la Tavistock clinic.

Allí encontré mucha gente que se está formando, entre ellos a Luis Rodríguez de la Sierra, que actualmente es psicoanalista de Londres y a Amador Calafat que había escrito un libro con Fábregas, que por cierto ha fallecido, sobre antipsiquiatría. Entonces, en aquella casa también se instaló Amador Calafat y vivíamos una experiencia comunitaria de varias personas que iban y venían de España a Londres. Entonces allí tuve la suerte de participar en la comunidad terapéutica de la Philadelphia Association y viví allí pues un tiempo con ellos.

Aquí relato, os dejo yo una nota autobiográfica , cuando en el año 1972 decidí irme a Londres, después de conocer el libro de Aaron Esterson, y Ronald Laing, Locura y Familia.

Y me fui a Londres, porque los otros estaban viendo los libros. Yo quería ver la experiencia. Entonces yo conocí a un poeta portugués, Antonio Piñeiro, que era un pintor, un pintor portugués, que

conocía un amigo de Laing y me lo presentó, me presentó a Laing: yo soy un psiquiatra español que quiero ver sus estudios, lo que hace usted.

Como Sarró se fue a Viena a ver a Freud. Muchos psiquiatras de aquella época se iban a Viena ver a Freud, pues yo en mi época me fui a ver a Laing. Y a la Tavistock clinic que era el centro más importante de psicoanálisis. Laing era escocés y era un poco loco en el sentido entre comillas, y como ya tenía la parte de Dalí un poco interiorizada en mí, me fui directamente a Esterson, a Esterson. Habían formado la Philadelphia Association. Con Esterson sí que conecté. Hasta tal manera que fue mi analista Esterson. Esterson era judío, tenía dos hijos pequeños iguales que mi hijo David y entonces conectamos mucho más hasta el punto, que nos dejó la ropa de sus hijos, la cunita del niño. Nos ayudó mucho. Era un ambiente muy comunitario, digamos, todo. Conecté mucho más con Esterson que con Laing, pero con Laing claro, estaban trabajando allí, pues lo veía. Las reuniones que teníamos, hacíamos yoga con toda la gente allí.

La Philadelphia Association tenía varias casas en Londres comunitarias. Cada una hacía una serie de actividades, con los pacientes ingresados allí, pero aparte de vivir allí también hacíamos experiencias, pues de yoga, meditación... experiencias de todo tipo, terapéuticas, de grupos, por ejemplo grupos, grupos terapéuticos. Yo al ver que se hacían muchos grupos terapéuticos, me interesé a formar en grupos. Y fui al grupo analítico, y me inscribí en la Group Psychoanalysis Association como paciente y hacíamos grupos de cuatro o cinco pacientes, hasta grupos de veinte, hasta grupos de doscientos. Era una institución muy importante. Allí nos formamos en grupos. Porque claro, como vas a manejar un grupo si no tienes formación en grupos. Es decir, no solamente vivíamos la experiencia comunitaria sino que continuábamos nuestra formación psicoanalítica personal en grupos, en la comunidad terapéutica.

Algunos vivíamos dentro de la comunidad y otros no. Los que teníamos familia, los que eran solteros sí, los que teníamos familia no, pero los que eran solteros sí porque era más fácil. Los que

teníamos mujer e hijos, no, más bien entrábamos y salíamos pero nosotros preferíamos, por ejemplo con Amador Calafat alquilamos un piso para la familia, pero los que eran solteros sí.

Kingsley Hall fue su primera experiencia, la primera, después se terminó. Y entonces Laing y Esterson decidieron hacer otras comunidades que se llamaban Philadelphia Association, allí la diferencia entre ser psiquiatra y ser paciente estaba más clara. Así como en el Kingsley Hall al principio todos estaban mezclados, como Existencialia al principio, después se vio claro que esta idealización de la comunidad no servía. Los psiquiatras como todos hacíamos terapia personal y los pacientes también. La diferencia se paró un poco. Nosotros íbamos a trabajar ahí a hacer terapias, grupos, lo que sea.

Yo estuve en Londres viviendo unos tres años y medio. No me gustaba el clima de Londres, yo soy un ampurdanés, como Dalí que nos gusta el viento y el aire del Pirineo, y no me gustaba y regresamos aquí a España otra vez. El doctor Amador Calafat, que era oriundo de Palma de Mallorca, se quedó allí. Luis Rodríguez de la Sierra se quedó en Londres, y yo me regresé, y nosotros con un grupo de gente creamos la comunidad terapéutica Existencialia que es un poco, aquí está este folleto del asilo, un poco la introducción de la comunidad terapéutica de Laing en España. Teníamos varios posters como éste, donde explicábamos la comunidad terapéutica, que es lo que hacíamos allí, por ejemplo hay una cita de Laing que dice textualmente: *"para aquellos que viven en ellas, nuestras comunidades, cualesquiera que sean los roles que desempeñen, estas moradas son crisoles donde los preconceptos se fundan en la experiencia directa de las sonrisas y la lágrima, la agonía y la alegría, la excitación y el aburrimiento, la esperanza y la inspiración de vivir juntos"*.

Vivíamos en Existencialia unas veinte personas entre los psiquiatras y los pacientes que había allí, todos juntos. Este es el Creixell, aquí se ven las montañas del Pirineo, donde teníamos nuestra pequeña comunidad terapéutica.

Este es otro póster de la época, también, quizá un poco mas idealista porque es una comunidad rural, no es una comunidad de Londres, urbana, sino una comunidad rural, lo cual hoy día dio origen a lo que hoy en día se conoce como las comunidades terapéuticas para adictos. Fuimos los pioneros digamos que introdujimos en España la idea de la comunidad terapéutica rural porque el mundo rural te permite más actividades que no te permite la ciudad.

Este era el folleto de la publicidad de Existencialia, era un tríptico donde allí pues de alguna manera está explicado el día a día de la comunidad. Las experiencias que hacíamos. También está editado aquí. En este libro sobre todo en está escrito con detalle entrevistas a todos los pacientes que teníamos allí.

Esta comunidad duró dos años, dos años y medio donde fue el final, digamos, no por nosotros sino también el final de la década de los 70. La década de los 70 y el comienzo de la década de los 80, todo cambió. La sociedad no solamente cambió con Thatcher en Inglaterra, nosotros vivíamos el socialismo en Inglaterra, vino la época del thacherismo, todo cambió, no solamente en Inglaterra, sino también en España. La década de los 80 ya fue la institución política en sí misma.

Y estas experiencias que fueron en su momento muy revolucionarias en el sentido de Reich. Por ejemplo, teníamos un póster, este póster hoy día sería considerado delictivo, porque era un póster que enfatizaba la sexualidad infantil de Freud y de Wilhelm Reich, y que nosotros en las diferentes presentaciones que hacíamos públicas, lo presentábamos. Hoy en día sería considerado delictivo, porque estaría asociado a la pornografía infantil, pero para que lo veáis es un póster precioso hecho por nosotros, donde explicamos qué es el manifiesto sex politic, sexualidad y política. Nosotros pensamos que la sexualidad y la política iban juntos.

Aquí lo dice, en el folleto, lo dice muy claro, la idea de Laing, la comunidad terapéutica de Laing, que era la nuestra digamos, es totalmente nueva en nuestro país. No es, ni quiere ser un hospital mental, una consulta psiquiátrica ni un centro de higiene mental ni una clínica, ni una escuela, ni un taller vivencial. Ni siquiera quizá una comuna. Era la experiencia de la Comunitas.

Nosotros le llamábamos Comunitas. Algunos llevaban medicación porque estaban referidos de los hospitales de Salt, por ejemplo del hospital de Gerona aunque en la medida de lo posible tratábamos de disminuir la medicación en dos o tres meses, pero no éramos locos para quitar un antidepresivo o una medicación. No, no. Éramos psiquiatras psicoanalistas. Había claro la gente que hacía la intendencia, la gente que cocinaba, la gente que iba a comprar, la gente que se ocupaba de la limpieza, a veces se hacía entre todos y a veces no, depende de los periodos de la comunidad, había gente que no quería trabajar o que quería pasear y entonces no se le obligaba, por lo tanto debíamos tener gente que se ocupaba de lo que llamábamos la intendencia...pero cada uno se ocupaba de su habitación, su higiene personal, digamos.

Pedimos por supuesto ayuda pública. Nos la dieron siempre muy a cuentagotas y muy poca, y no para mantener la comunidad en sí. La gente que pagaba la comunidad eran los padres, la familia, la gente que venía y tenía unos baremos, unas tarifas, digamos. La ayuda la tuvimos al principio, pero muy poca. A nivel publicitario, a nivel de esto sí. De ayudas institucionales para darnos a conocer. Pero para subsistir la comunidad no.

Yo por ejemplo, por ejemplo, yo daba casi un 15% de lo que yo ganaba como psicoanalista con mis pacientes a la comunidad. Un padre daba una donación digamos si el resultado había sido positivo, a la comunidad.

Laing y Esterson, los dos eran amigos, eran psiquiatras, y eran escoceses... fueron los pioneros. Luego se añadieron algunos psicoanalistas americanos. Psiquiatras americanos, sobre todo. En Europa yo era, con Amador Calafat el único español, y una chica, en Barcelona, Alicia Roig, que también

estuvo en Londres con nosotros, pero ella se marchó antes.

Cada década tuvo enfermedades diferentes. Nosotros vivimos la época del descubrimiento de la locura y la esquizofrenia, pero en los 80 ya empezaron las depresiones, las depresiones de todo tipo. En la década de los 90 con la sociedad antiautoritaria, las adiciones de todo tipo, y entonces Calafat vio esto, digamos, y ya desde el principio se especializó con las adiciones.

Ajoblanco era una revista que mi amigo Luis Racionero y otros hicieron contracultural. Ellos son mayores que yo, tienen cinco o diez años más que yo..Ellos venían América, cuando yo iba a América ellos regresaban de alguna manera... ellos habían estado en las comunidades de Berkeley en California, y todo esto, y al ser 5 años mayores que yo, ya llevaban experiencias de América ...yo llevaba experiencias de Inglaterra, también, y yo venía de Inglaterra y nos conocimos, escribí varios artículos en Ajoblanco, la revista contra cultural, contra la cultura burguesa y franquista en España concretamente y después en Norteamérica con una lucha contra la guerra de Vietnam. Contra la cultura de Estados Unidos de inmiscuirse en todas las guerras. Tuve bastantes problemas de edición con esto, con estos amigos míos, cuando yo presentaba esto, lo veían un poco raro. Lo veían, o sea... La contracultura era por definición idealista y esto era bueno, porque el idealismo, como dice Wilhelm Reich es bueno, pero la psiquiatría es muy dura. Los psiquiatras lo sabemos. Una cosa es ser profesor de universidad y enseñar contracultura en la universidad y otra es el día a día del manicomio y el dolor y sufrimiento humano que había en la gente. De todas maneras me publicó varios artículos y estuvo bien que saliera, pero yo les criticaba tener un poco este idealismo americano contracultural, que Reich y los orgonomistas americanos no somos así.

Fuimos una serie de psiquiatras que estuvimos interesados en este tema que teníamos una plataforma para escribir, en Ajoblanco, y utilizamos Ajoblanco para expresar nuestras ideas. Después cada uno de nosotros ha creado sus propias editoriales, y sus propias revistas. Yo por ejemplo me

asocié con Sexpol, tengo varios artículos publicados en francés allí, o entrevistas, digamos, ahora mismo por ejemplo colaboro con Girosalud, que es una revista de Girona de salud natural. En aquella época de Franco pues había Ajoblanco y nada más. Y Ozono era la otra. Eran las únicas revistas, Ozono en Madrid y Ajoblanco en Barcelona.

Yo en Londres. Piensa que Londres era una de las capitales del mundo, en Londres llega la revolución total: desde cine, arte, teatro, cultura. Allí en Londres había mucha gente. En Londres vivía la hija de Reich, Eva Reich, y yo cuando vi que estaba aquí en Londres, me fui a hablar con ella. Como psiquiatra yo decía: el psiquiatra que sólo sabe de psiquiatría ni psiquiatría sabe. Entonces yo me puse en contacto con la gente que me entusiasmaba. Entonces allí en Londres conocí a Eva Reich. Ella me aceptó como paciente: allí incluía mi tratamiento el cuerpo, no solamente la mente como los psicoanalistas, sino también el cuerpo. Las comunidades terapéuticas hacíamos yoga, expresión cultural, lo que es psicomotricidad, porque yo me interese por Reich y la orgonomía. Ella dijo, “bueno, te formaré”. Estuve con ella como paciente, terminó mi tratamiento cuando terminé con Esterson. Al cabo de dos años, un año, la invité a vivir a España. Como ella estaba en Londres la invité y estuvo viviendo dos meses en la comunidad. Llega el final de la década de los 70 y principios de los 80 y ahí empezó a cambiar todo. Dirigí mis ideas a Reich. Ella dijo, ¿por qué no fundas la fundación Reich? Yo te ayudo. La fundamos los dos. Con una condición, que tenéis que abrir un centro de planificación familiar. En aquel tiempo la gente ni sabía que era un centro de planificación familiar. Ni siquiera lo sabía. Entonces nosotros hicimos nuestro centro de planificación familiar. Pilar, mi mujer, se dedicó durante un tiempo a un centro de ayuda a la mujer. En el año 80. Esto era muy nuevo, y entonces, aquí empezamos la fundación Wilhelm Reich. Está todo, las notas periodísticas. Digamos, tanto de Barcelona como aquí.

Nosotros cerramos la comunidad terapéutica en el año 1980 y la convertimos en la fundación Wilhelm Reich, que dejó de ser una comunidad donde la gente vivía, y se trataba allí, en una cosa

terapéutica, a un centro de terapias como un hospital de día, un centro de día, la gente iba, venía, como ahora, se hacen actividades durante el día, pues veo a gente durante el día. No se quedan a dormir. Reich es un psicoanalista. Lo he seguido relativamente durante toda mi vida. Introdujo el cuerpo en el psicoanálisis. Yo tengo bastantes trabajos publicados en temas de psicoanálisis publicados, artículos donde yo explico por qué fue olvidado Reich en España y en Inglaterra y no en América y en los países nórdicos que tenía una cultura del cuerpo. Reich introdujo la cultura del cuerpo en el psicoanálisis. Yo como tengo una tendencia payés, cultura rural, yo sigo mucho el cuerpo. No tanto la inteligencia sino el cuerpo. Cuando trabajé con Eva Reich y me enseñó las técnicas orgonómicas, me dijo si quieres continuar vete a América. Tendrás que continuar con la formación en América.

Es lo que hice. Para mí se abrió un campo. Los psicoanalistas antipsiquiatras a finales de los años 70 a principios de los 80, quedamos un poco paralizados, porque había cambiado la sociedad de autoritaria a antiautoritaria, y cada uno se espabiló en lo que pudo. Cada uno cogió el camino que pudo. Entonces yo cogí a Wilhelm Reich. Era un psicoanalista que me gustaba mucho. Tenía todos los libros de él, y además había conocido a su hija que fue mi analista. Y la invité a España. Hicimos varios temas muy importantes...Por importantes. Por ejemplo esta foto de los niños en la escuela, introducimos el tema de la violencia, año 79. En los niños y en las escuelas. Esto era una idea de Reich. Esto nos sirvió para avanzar hacia la orgonomía, que es la ciencia de Reich, y hemos publicado muchas cosas. Después os daré cuatro o cinco libros publicados sobre Reich. Reich algún día fue para mí la síntesis digamos de América y Londres. Con los americanos, los discípulos de Reich en América y a través de ellos y a través de los libros fui formándome más todavía, más como médico orgonomista, digamos, como psiquiatra interesado en el cuerpo, pero no solamente en el cuerpo porque Reich era un revolucionario.

Entonces, por ejemplo, nosotros hacemos un diagnóstico de la atmósfera. La atmósfera, el planeta Tierra también está enfermo, no solamente el ser humano. Reich fue un revolucionario porque entendió que el planeta Tierra con la energía de la polución también se enfermaba, lo que hoy

en día es el cambio climático. Reich hacía 40 años que estaba hablando del cambio climático, y pensaban que estaba loco. Para mí esto era muy importante. Empezamos a investigar el tiempo, tuve que estudiar la metodología de la atmósfera, para saber hacer terapia de la atmósfera porque cada día la atmósfera tiene una expresión emocional diferente. La atmósfera puede ser rabiosa en un día de tormenta, puede destruir como un huracán Mathew, con una rabia destructiva, o puede ser benévola y crear una lluvia agradable, para la naturaleza puede enfermar también, para mí, un payés de aquí eran cosas que podía entender. Pasé de la psiquiatría del diván de los grupos, a una psiquiatría donde también incluía pues el tiempo, la atmósfera, el cambio climático. Todo esto para mí fue muy nuevo. Reich decía que el cambio climático crearía la desertización emocional, el desierto emocional, en el desierto, las plantas del desierto son con cactus, tienen aguijones para sobrevivir, entonces el desierto emocional de Barcelona pues tiene aguijones para sobrevivir y los de Madrid, por la manera de vivir en la sociedad, esta sociedad digamos que para sobrevivir tiene que defenderse.

Yo me hice una entrevista en los periódicos de aquí. Entonces digo en esta entrevista de hace algunos años. Todos tenemos un momento delirante de locura a lo largo de nuestra vida. Hoy día el psicoanálisis e incluso la psiquiatría sabe que podemos manejar de momentos neuróticos a momentos psicóticos y todos tenemos momentos neuróticos y psicóticos. No está una frontera clara entre la neurosis y la psicosis. Yo tengo pacientes que he tratado que son los clásicos de hoy día, de trastorno límite de la personalidad. Es una enfermedad que ataca al 3% de las mujeres, entre 25 y 45 años, el trastorno límite, y hoy en día la enfermedad de moda, y esto a que es debido, pues según los psicoanalistas americanos es debido al mal manejo de la agresividad humana sana.

La agresividad humana sana que tenemos, el concepto de Reich, cuando está manipulada por la sociedad. Esta agresividad sana por impulso libidinal. Igual que la sexualidad. La sexualidad y la agresividad son impulsos libidinales iguales. Esto se ha descubierto hace poco, pero esta agresividad es sana. La agresividad de la autodefensa contra alguien que te ataque es sana la agresividad que

recibimos de la sociedad no es sana, es muy diferente. Estos pacientes, sobre todo mujeres, expresan la impulsividad, son caracteres impulsivos. Lo expresan contra ellas mismas. Cuando esta agresividad tratada y favorecida, por ejemplo, creando equipos femeninos, deportes femeninos, porque no, una esperanza, puede ser integrada.

Kernberg y Reich son los primeros que piensan que la agresividad humana era sana, sana. La agresividad humana es el mismo impulso que la sexualidad. Freud descubrió la sexualidad. La libido como impulso libidinal. Pero la agresividad no la entendió. Han sido cincuenta años después que han dicho que la agresividad es sana. El niño que protesta en la guardería porque está mal, esto es sano. Esto es un gran descubrimiento psiquiátrico.

El año 2016 tenemos una experiencia comunitaria. Una idea revolucionaria siempre se transforma en un movimiento, por ejemplo la antipsiquiatría movimiento, o el surrealismo movimiento. El movimiento se institucionaliza y las instituciones se convierten en burocracia que matan la idea original. Entre este transcurrir de una idea hasta su muerte a veces pasan quince años.

Nosotros todavía manteniendo aquí en Creixell algo vivo. La gente aquí puede venir no a vivir, porque la gente hoy vivir en comuna es muy difícil, pero si a pasar un fin de semana, un día, hablando dos personas. Hacemos un café con las actividades que hacemos, hacemos por ejemplo un café tertulia psicoterapéutico, cada quince días. La gente viene aquí a discutir, hacemos talleres artísticos, exposiciones, talleres de musicoterapia, yoga y danza libre de terapia, sesiones de meditación, yoga, es decir, es lo mismo pero trasladado al año 2016.

El cambio fue que se pasó, esto lo hemos estudiado mucho, de una sociedad autoritaria franquista, en Europa autoritaria, pero con grandes libertades, a nivel, periodístico, a nivel social, a una sociedad antiautoritaria pero con un control del Estado total. Entonces, nosotros pensábamos preferíamos vivir en una sociedad autoritaria, pero con nuestros propios mecanismos de imaginación

al poder de los 80, hemos pasado a una sociedad antiautoritaria, donde los padres abdican de su rol, la sociedad te permite todo, donde hay libertades de todo, pero con una regresión a nivel político como significado de control.

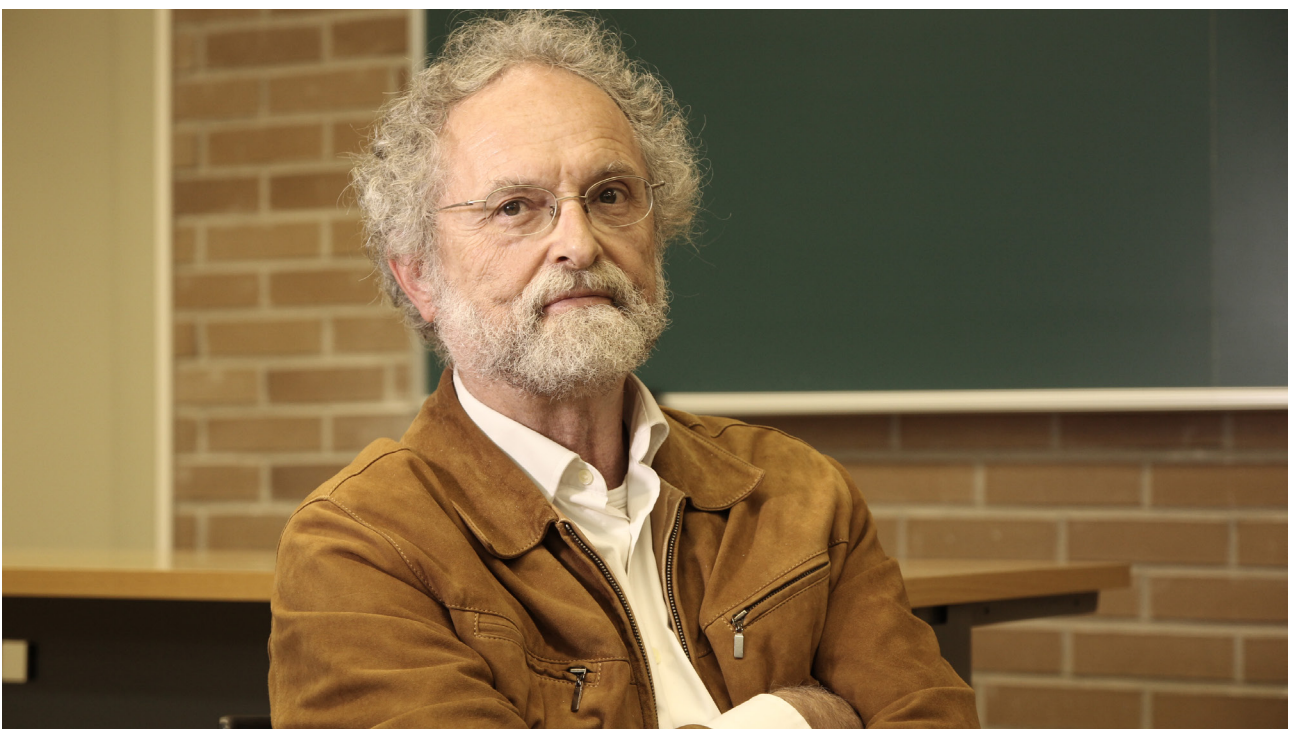
Podemos es una expresión de lo que nosotros buscábamos a los treinta años en Londres, es una expresión popular de que la gente no quiere esta sociedad autoritaria falsa, antiautoritaria, pero es más autoritaria que antes. Hay muchos movimientos importantes, Podemos, que hace poco que ha surgido, pues es una expresión de esto.

Yo tengo más de setenta años, soy bastante pesimista en el sentido de que la psiquiatría ahora, y además lo cito en artículos que he publicado yo en temas del psicoanálisis, sigue tratando a los diagnósticos y está en manos de las industrias farmacéuticas, está secuestrada por las industrias farmacéuticas poderosas y esto no es nuevo, esto ya viene de los años 40, cuando las industrias farmacéuticas comenzaron a investigar los fármacos, y esto es así.

El futuro de la psiquiatría, pues fatal. Por ejemplo el New York Times dice que hay más psicofarmacólogos que psicoterapeutas. Ya de número. Vamos a una sociedad donde necesitamos psicólogos para manejar los síntomas de los psicofármacos, no psicólogos que traten psicoterapias. Esto es tremendo, esto es muy desesperanzador. Los americanos, los ergonomistas, hemos publicado muchos libros sobre este tema. Porque la psiquiatría, digamos, tendrá que venir una revolución poco a poco, con pequeños núcleos en todo el mundo donde se vaya despertando este interés por una psiquiatría más psicoterapéutica, más natural, y hay que concienciar a la gente.

ENTREVISTA A CRISTÓBAL COLÓN

18 de noviembre de 2016



ENTREVISTA A CRISTÓBAL COLÓN.

**La Fageda. La Garrotxa, Girona, 9 octubre 2016.
Santiago de Compostela, 18 de noviembre del 2016.**

Enlace de descarga: <https://vimeo.com/203563393>

Contraseña: **CristobalColon**

El yogur natural, en Cataluña nosotros vendemos más que nadie, pero nosotros somos una entidad sin ánimo de lucro, todo lo que ganamos lo reinvertimos. Un proyecto, cualquier proyecto que tenga una cierta envergadura, que no sea unipersonal de escribir un libro, evidentemente ha habido muchísima gente, y cada cual ha aportado lo mejor que... por ejemplo, mi mujer no sabe sumar. Tú a mi mujer le dices cuanto es 2 y 2 y te dice, “hombre, depende”. Yo sin embargo soy de 2 + 2 son 4 365 días al año 24 horas. Yo he sido mucho más el ideólogo de lo concreto y no sé qué y Carmen ha estado mucho más un en la cuestión personal que es fundamental en un proyecto como el nuestro.

Yo soy sastre, estoy trabajando, yo tengo mi propio negocio, pero estoy militando en el Partido Comunista de Zaragoza. Evidentemente si uno está en el partido pues es porque también tiene algún tipo de inquietud, más allá del tema estrictamente político, sino que había unas inquietudes intelectuales, yo incluso no tenía ningún tipo de formación, yo no había hecho ni bachiller. Conozco a varios, pero fundamentalmente a un tal Leopoldo Irriguible, que me has oído hablar de él, este hombre era psiquiatra. Me acerco al mundo de la psiquiatría porque yo había leído a Freud. En aquellos ambientes había una cierta inquietud intelectual, o al menos yo la tenía.

En aquellos momentos en el que hay una no cultura franquista. Donde uno tiene veinte, dieciocho, yo estoy en la cárcel con dieciocho años. Entonces uno lee aquello que evidentemente no está en los libros de texto, uno busca cosas, entonces yo digo que he leído a Freud y a otros, todas las corrientes surrealistas. En los entornos de relación que te ofrecía militar en un partido, en aquel contexto social y sociopolítico.

Mi padre había muerto cuando yo tenía trece años y era una persona que me preguntaba cosas, qué es esto del morir y del vivir y que es la conciencia, yo tenía una serie de inquietudes, vamos a llamarle existenciales. No todos los que estaban en el Partido Comunista leían a Freud y no todos leían todo esto, pero te hablo de mi experiencia personal. De estas inquietudes personales en ese entorno del partido, pues claro, yo contacto con la gente que me interesa, con otros no había contactado. Yo entro en contacto con éste, Leopoldo Irriguible, y me voy a ver el manicomio. Él me lleva a ver el manicomio de Zaragoza, el manicomio igual que cualquier otros manicomios de los que había entonces. Descubres una realidad que la gente de la calle no conoce. Tú sabes que hay manicomio y sabes a quien llevan, pero no has estado nunca. Yo recuerdo perfectamente el día que entré al manicomio de las Delicias y Leopoldo además me enseñó lo que no se enseña a nadie. Muy poca gente entra en el hospital, pero nadie entraba en lo que llaman la enfermería. Y yo recuerdo el olor. Era un lugar absolutamente putrefacto, indescriptible. Me generó un impacto del cual no me olvido. Te estoy hablando de hace cincuenta y tantos años.

Yo ya tenía mis dudas de si yo me quería dedicar toda mi vida a la sastrería. Yo era sastre porque me había quedado huérfano y porque mi tío era sastre, entonces mi familia me dijo, vete a trabajar con tu tío. Como era sastre, me fui a trabajar con mi tío que era sastre. Yo era consciente de que no tenía ningún interés en que mi vida sobre la que hacía preguntas discurriera en el entorno a la sastrería. Aproveché que me tenía que ir a la mili, dije, cuando salga de la mili, ya no volveré a la sastrería y me fui a trabajar al hospital psiquiátrico.

Te estoy hablando del año 72 y evidentemente en el psiquiátrico ya había muchas personas o bien en el partido o bien en la periferia del partido porque evidentemente una de las cosas que hacemos los militantes era proselitismo. Predicábamos la buena nueva a todo aquel que quisiera escucharla. Inmediatamente cuando yo entro a trabajar en el psiquiátrico a través de estos camaradas entre comillas que estaban allí, estabas ya en contacto con los otros psiquiatras que estaban en los otros lugares, fue todo un movimiento que estaba esparcido por toda España.

Los comunistas estaban metidos en todos los sitios, en la Universidad, en la Seat. El movimiento anti franquista era muy grande y el movimiento anti franquista mayoritariamente estaba liderado por el Partido Comunista. Tú podías encontrarte a fontaneros, y a carpinteros y a mecánicos en cualquier fábrica y todo el tema de comisiones obreras que tenía una fuerza tremenda. Estamos hablando de los últimos años del franquismo, estamos hablando de cuando había un hervidero social muy importante. No es que estuviésemos los comunistas en el psiquiátrico, los comunistas estaban en todos lados y en el psiquiátrico también. La universidad era una olla a presión y de la Universidad salían pues médicos, psiquiatras, ingenieros, economistas. Con lo cual no era una cosa excepcional. Era la normalidad de lo que ocurría en el país, aquel porcentaje que correspondía a los profesionales de la psiquiatría. Evidentemente éramos la minoría como éramos minoría en el resto de la sociedad. Es decir, de todos los psiquiatras que había en el psiquiátrico pues éramos unos cuantos y los otros pues eran organicistas de toda la vida, psicoanalistas eclécticos desde el punto de vista político, porque para ellos el psicoanálisis era todo lo que había que saber, pero en todo caso en la psiquiatría había comunistas como en cualquier situación social a la que fueras.

Era un trabajo miserable. Porque yo me voy a trabajar al psiquiátrico de mozo. Yo dejo de ganar mucho dinero porque los sastres en aquella época, los artesanos, socialmente eras una persona que te ganabas muy bien la vida. Yo paso de ganarme muy bien la vida a irme al hospital psiquiátrico de mozo de manicomio a ganar las 6000 pesetas al mes. Yo ganaba 36 euros al mes y entro en el manicomio en el escalafón más bajo de la estructura de trabajadores. Mi incorporación al mundo de la psiquiatría no es el de las personas que tú has entrevistado, que sean universitarios, que se han formado.

Yo soy un outsider, que entra ahí de una manera. Yo voy a la psiquiatría porque soy una persona que tenía internamente todo un proceso personal, como siempre ocurre en la vida, uno no va a los sitios por casualidad, uno va a los sitios porque quiere ir. Entonces, yo tenía mucho interés

por conocer y sigo en ello. Para mí el tema de la conciencia es el gran misterio del universo, y evidentemente la no conciencia o la locura pues me siguen pareciendo un tema muy interesante. Y había un componente político y de sensibilidad ante la injusticia. Cuando yo voy a ver el hospital, digo, “esto es una barbaridad y está aquí al lado”. Hay unas tapias que los separan pero, pero...

No se entraba en los manicomios, no se entraba en los hospicios, no se entraba en las cárceles. Cuando entré en la cárcel como preso pues te das cuenta que es eso...Uno se imagina que es lo que hay ahí, pero la gente mira para otro lado, como ahora hacemos con los refugiados. El egoísmo, el mirarse el ombligo es una tendencia natural en la sociedad.

El manicomio tenía otras connotaciones. La cárcel y el manicomio tienen el factor común no de privación no de la libertad, sino de la dignidad del individuo, pero cuando yo entro al manicomio el efecto que me produce no es el mismo que me produce la cárcel. Yo en la cárcel estaba como preso, y en el manicomio no, yo podía entrar y salir, pero las condiciones humanas que yo veo en el manicomio no son las que veo en la cárcel. Lo que yo veo en el manicomio, ni en las películas de los campos de concentración he visto una cosa así. La negación de la dignidad humana era su máxima expresión. Entonces, las personas con una sensibilidad social y política que en este caso militábamos en el partido, evidentemente todo eso se difumina en 4 años, cuando muere Franco y entra la democracia. Toda aquella fuerza de muchísimos individuos que el partido hacía como de catalizador, luego te das cuenta que el partido es un desastre y que de catalizador existía en tanto que Franco vivía. Cuando Franco desaparece, el partido se descompone.

De alguna manera lo que había eran individuos que en un momento concreto estaban en el partido, individuos que querían transformar cosas. En el caso de la psiquiatría, pues psiquiatras que querían transformar su realidad, que era el mundo de la psiquiatría que era absolutamente necesario ser transformado y que no se ha conseguido, por cierto.

En Salt donde trabajamos con Guillermo Rendueles y Víctor Aparicio. Y esas escenas, las que

yo tengo, no, están rodadas en ese pabellón con gente atada con cadenas, con gente con paja como si fuera un cerdo. Esto no lo tengo, pero tengo otras cosas casi como éstas. Entonces, cuando empiezan a salir a la luz estas imágenes, yo recuerdo cuando Víctor Aparicio sale en un programa de radio, no sé si te habló de esto Guillermo, pues Guillermo va a trabajar a Gerona porque previamente Víctor Aparicio está de médico de guardia.

En el hospital de Gerona, de Salt había mil doscientas personas internas, con un solo psiquiatra, una comunidad de monjas y un ejército de loqueros, de mozos de manicomio y cuatro médicos de guardia que habían acabado la carrera, que vivían dentro del hospital en una casa y cubrían los siete días de la semana 24 horas, se iban turnando. Hacían los certificados de defunción, no sé qué hacían, porque poca cosa podían hacer, pero de psiquiatra uno. Pues esta situación que hay en el año 72 o 73, se me han ido las fechas, si no era 72 era 73, 73 debía ser, con Víctor Aparicio en el partido y como médico de guardia del hospital, contacta con un periodista, un tal Oliveras, no recuerdo el nombre, que hacía un programa que se titulaba Ustedes Son Formidables, en donde la radio entonces tenía un papel muchísimo más importante que la televisión, porque no había, había una sola cadena de televisión.

Este hombre, en prime time que se diría ahora, a las nueve de la noche, sale el Víctor Aparicio, donde han grabado ruidos de las cadenas que hay allá y entonces bueno, se monta un pollo, hace una denuncia pública. Todavía vive Franco. Pero en aquellos momentos Oliveras podía estar hablando de esto y a la mañana siguiente de la huelga de la Seat, o de... es decir, que esto era el pan nuestro de cada día. Cuando no era una cosa, era otra.

Pero en el tema de la psiquiatría pues había pasado esto. Anteriormente aquí en Conxo había habido un conflicto, iban apareciendo, en Asturias anteriormente. Bueno, pero cuando sale esto en Cataluña, aquí no solamente estaba este manicomio, estaba también el de la Santa Creu que también represalian.

La diputación de Gerona que era la responsable política de la gestión del hospital pues despide al director, nombra a otro director y empieza a crear plazas de nuevos psiquiatras. Y aparece Guillermo, pero Guillermo y otros, que vienen de toda España a cubrir, muchos de ellos en contacto con el partido, y entre ellos yo. Yo no soy psiquiatra, ya no soy mozo de manicomio, ya me he formado, ya soy auxiliar psiquiátrico, he hecho un curso en Zaragoza de auxiliar psiquiátrico y vengo a trabajar a Gerona.

De la misma manera que viene Rendueles, o José María Bañeles, el bola, vienen no sé catorce o quince personas. Y yo me presento a ocupar, es decir, yo con mi título de auxiliar psiquiátrico me presento a ocupar una plaza de mozo de manicomio. Porque en el hospital psiquiátrico de Gerona, no existe la figura del auxiliar psiquiátrico, existe la figura de mozo de manicomio. Y yo todavía tengo las nominas de mozo de manicomio, ¿de acuerdo? Y ahí Intentamos transformar aquella realidad manicomial. Intentamos, hacemos sectores psiquiátricos, intentamos romper todo aquello.

Hay muchos referentes, está el Tosquelles en Francia, está Basaglia en Italia y están los ingleses. Pero Castilla es más como un referente teórico, a nivel doctrinal, marxista, me acuerdo el famoso libro, un estudio sobre la depresión, yo dormía con él debajo de la almohada. Nosotros no es que hubiese una escuela que fuese el referente, había muchos referentes y una sola realidad, que era el manicomio.

Debe de costar imaginarnos con una dosis suficiente de realidad que es lo que pasaba en España. En España, nosotros, aquella gente tenía una necesidad brutal de conocer cosas que el entorno no te las daba. Y entonces evidentemente también en las editoriales había gente inquieta, no es que fuese solo la psiquiatría, era una ola que estaba penetrando en todas las capas y en todos los sectores de la sociedad.

Entonces los editores, decían, ¿qué tengo que hacer? Volver a editar la vida de Primo de

Rivera o hay otras cosas interesantes. Pues si yo estoy seguro de que si publico el libro de Castilla del Pino habrá muchísima gente que lo leerá. Hacía años que no pronunciaba el título del libro de Castilla del Pino, para mí eso era pasado, eso era prehistoria, es como, casi como el Quijote.

Evidentemente Castilla del Pino, era un personaje central porque era lo que sobresalía de la otra mediocridad, que era el *stablishment* y la gente sabíamos distinguir cual era el discurso de cada quien.

Yo pienso que la psiquiatría trabaja con aquello de esencial que define al ser humano. La medicina evidentemente que el corazón es un órgano importante. Pero yo pienso, bueno, y de ahí la grandísima confusión de los psiquiatras. ¿Por qué? Porque están manejando o porque su objeto de estudio -y ésta es una opinión personalísima y me encantaría que estuviera aquí Guillermo y Ramón y tal porque entraríamos en un profundísimo debate- el problema de la psiquiatría es que pretende abordar, vamos a decirlo con lenguaje clásico, el alma, el misterio del alma humana, y los trastornos del misterio del alma humana con unas herramientas que no son capaces de aprehender la esencia de su objeto de estudio, y de ahí las discusiones dialécticas de los organicistas, de los biologicistas, de los psicologicistas, de los psicoanalistas, de la sociobio, o de la... hay un montón de abordajes de algo que en sí mismo es muy complejo. De hecho toda la crítica que se debería de hacer a la medicina moderna es a esa segmentación del cuerpo y el alma. Cosa que es evidente, y que toda la medicina psicosomática en los últimos años está demostrando. Todavía en la medicina orgánica puedes discutir todo esto.

Y cada vez hay más gente que es evidente que lo mental afecta a lo orgánico pero también yo pienso que lo orgánico puede afectar a lo mental. Con lo cual los psicologistas puros pienso que se equivocan y los organicistas puros se equivocan seguro. Yo no tengo una respuesta. Y por eso te estoy hablando que en el laberinto en el que discurre el devenir de los psiquiatras, en el fondo y también con toda mi humildad, porque hay una falta...y cada vez más, los psiquiatras antiguos, el Jaspers, eran filósofos, con una formación. Rendueles, estaría también en esta categoría, son gente, con una

formación filosófica muy importante

Los psiquiatras que yo conozco en general son de una miopía y de un sectarismo y de una falta de profundidad con mayúsculas, pero en fin, no me interesa todo este tema. Ahora te lo estoy contando a ti, y espero que no me vengan con la policía a... no, es una broma... Te quiero decir. Yo esto además esto yo no lo discuto, esto es lo que yo opino y no tengo ningún interés en la polémica ni en tener razón. Pero repito, yo añoro a aquellos psiquiatras filósofos que miraban a la enfermedad mental con un profundo respeto porque estaban delante de un misterio que no se resuelve con la sinopsis ni con las proteínas ni con lo que ni evidentemente con el complejo de Edipo.

En Salt, me formo, hago los estudios de psicología, me parece que es de una mediocridad tremenda, yo cuando voy a la facultad, que pérdida de tiempo. Yo me voy a sacar el título porque socialmente lo necesito, pero vaya cuadrilla de inútiles, que cosa tan mediocre, tan gris, tan... tan... Yo me saco el título pero con esta sensación, yo necesito un papel, pero bueno, esta gente, ni hablar. Me formo en psicoanálisis, estoy tres años, salgo corriendo y lo que a mí me pasa es que empiezo a tener mis serias dudas hasta que empiezan a aparecer las serias certezas de que el discurso marxista de Basaglia o de Castilla del Pino o tal, yo no me lo creo. Pienso que hay un componente de deseo, pero no de objetividad, de análisis de la realidad. Me doy cuenta que la mayor parte de los colegas con los que estoy, difiero profundamente en sus planteamientos, y tengo la certeza de que yo no quiero seguir trabajando, que si yo sigo en el manicomio, me volveré loco, que mi vida se irá por el agujero de la ducha y entro en unas profundas contradicciones.

Yo me especializo en laborterapia. Mi origen artesanal me lleva a ver que una forma de sacar a esta gente del patio, no del manicomio, sacarlos del patio para llevarlos dentro del mismo hospital a un sitio diferente, pero dentro del manicomio, produce unos efectos extraordinarios. Claro, a la gente la sacamos excursión, intentamos rescatarlos de la celda de alguna manera, pero cuando veo que eso tiene unos efectos como una aspirina, digo, “muy bien”. Vamos de excursión pero luego volvemos

otra vez allí. Vamos a hacer a un taller de laborterapia a hacer cosas, pero mañana volveremos a hacer las mismas. Y esto que estamos haciendo no sirve para nada. Cuando tengamos la estantería llena de ceniceros, los tiraremos y la volveremos a llenar. Cuando veo todo esto digo, yo aquí no voy a estar más tiempo del mínimo necesario, y decido dejar la psiquiatría.

Decido dejar la psiquiatría institucional y de hecho yo no vuelvo a ver a casi nadie. Yo al Ramón García lo he visto hace relativamente poco. A Rendueles lo veo una vez o dos, una vez cada año o dos porque él viene de allá y nos tenemos un gran cariño, tanto con Guillermo como con María Jesús, porque vivimos juntos de jóvenes y nos tenemos un gran cariño. Pero yo de alguna manera he cortado. Es decir, cuando tú hablas de las luchas... todo esto para mi dejó de existir, es decir, no me interesaba absolutamente nada.

Entro en un proceso, a mi me gusta decir que de salvación personal. Yo me tengo que salvar. Y la primera cosa que tengo clara es que me tengo que marchar de allá y dejar de discutirme si me pongo en el rol de psicoanalista, en contra de los... depende de si estas con los lacanianos o con los kleinianos y no sé qué, pero luego, si estás con el psicoanálisis, porque están aquí los marxistas, ¿pero esto de qué va? Yo decido olvidarme de todo eso y pienso que sigo teniendo una vocación de que para dar sentido. Como yo no soy hijo de rico, y tengo que seguir ganándome la vida cada día y no quiero volver a la sastrería y me parece profundamente interesante ser útil para estas personas, pues decido montar lo que visteis el otro día. Y en el año 82, dejo la psiquiatría y me pongo allí.

¿Por qué te interesó ese proyecto?

Como te he dicho antes, el perfil mío, hemos coincidido en lo mismo, pero hay unas grandes diferencias de quién era yo, cuando yo te digo que vivíamos en unos pisos todos, Víctor Aparicio y yo éramos compañeros de piso. Pero había varios pisos.

Todos los jóvenes comunistas que estábamos trabajando en el manicomio vivíamos todos como si fuese una comuna, en el sentido en que estábamos juntos, pero yo era un mozo de manicomio

que entraba a trabajar a las seis de la mañana hasta las dos y los otros eran doctores, yo iba con una moto y los otros iban con coche. Yo era uno más del grupo, pero evidentemente que yo era una persona diferente, ¿de acuerdo? Entonces, la salida que yo le doy a toda esta frustración que me genera o que nos genera a todos nosotros cada cual, pues el Guillermo, que era un psiquiatra de reconocido prestigio podía buscarse su camino en base a estas condiciones personales o el Ramón, que era otro psiquiatra de prestigio, pero yo no tenía ningún prestigio de nada, ni era psiquiatra ni me interesaba seguir trabajando en esto. Como yo era sastre, como tengo una formación artesanal, esto te lo estoy reflexionando ahora, entiendo que cada cual intenta salvarse de la quema como puede y en base a lo que cada uno es. Pues yo era eso y eso que yo era me facilitó o me orientó, o me hizo ver que esa era una posibilidad. Yo quiero seguir trabajando con enfermos mentales. No quiero seguir trabajando en la estructura psiquiátrica y pienso que esta idea que yo tengo puede ser útil.

Arriesgo mucho, pero en el fondo no tengo nada, y entonces cuando no tienes nada, tienes muy poco que perder. Y sobre todo digo que yo no tengo nada porque tengo claro que no me quiero quedar allá. Decidiendo marcharme de allá yo puedo hacer esto o irme a montar una churrería, y me parecía mucho más aburrido montar una churrería que montar este proyecto. Yo tengo claro, yo toco fondo, es decir, toco fondo, yo esto no lo quiero más.

Y porque pienso que los planteamientos teóricos de la antipsiquiatría son falsos. Pues porque yo empiezo a hacer. Y por eso te digo que me encantaría que estuviese aquí el Guillermo y el Ramón porque entiendo que todo el planteamiento marxista no es cierto, que desde el punto de vista antropológico y filosófico tienen unas deficiencias de base. Para mí hasta entonces había sido una de las columnas que aguantaban mi arquitectura intelectual. Con el tema del psicoanálisis me pasa lo mismo, pero claro, estoy rodeado de gente que sigue pensando así y que sigue pensando que cuando hagamos la revolución socialista resolveremos los problemas de los locos y cuando destruyamos el manicomio, porque la enfermedad mental es el manicomio el culpable y lo que decía Basaglia,

cuando destrocemos los manicomios, la sociedad, que es buena por naturaleza, acogerá a los enfermos mentales, cerrar el manicomio y seguir en las cárceles o los puentes.

Siendo rigurosos desde el punto de vista del análisis hay que ponerle el adjetivo de falso por ingenuo. Ese es el gran desastre no solamente de la psiquiatría sino de la izquierda.

Cuando yo hablo con mis antiguos compañeros revolucionarios, pues bueno, pues, yo no, pero supongo que toman antidepresivos porque dicen; todo aquello que nosotros pensábamos que íbamos a hacer y esto que está aquí es un desastre, éstos son las antípodas. Y eso fue lo que empezó a pasar cuando Franco murió. Compañeros míos maoístas o trotskistas pues dedicados a los negocios más burdos, y no sé que...

Basaglia hizo cosas muy buenas, pero cosas muy buenas porque estaba manipulando una realidad horrible. Una cosa horrible, a cualquier cosa que hagas, lo mejora, pero eso, en su nivel. Yo estoy hablando de la arquitectura ideológica desde la cual Basaglia hacía cosas buenas, y la arquitectura ideológica de Basaglia estaba equivocada, lo cual no significa que lo que hiciera Basaglia estuviese mal, estaba muy bien, pero la arquitectura. Y cuando él dice, cerremos...De hecho lleva a Italia hacer una ley de cerrar los manicomios, pero ¿usted ha resuelto el problema de la enfermedad mental en Italia? No.

¿Están mejor los enfermos mentales hoy que antes?

Seguramente que sí, pero eso no es lo que decía Basaglia, los presupuestos de Basaglia eran que él pensaba que cuando rompiésemos los manicomios, y la sociedad fuese más justa, la enfermedad mental desaparecería. Primero, es un error que la sociedad pueda ser más justa, al menos no lo parece que no vaya a ser, que esa sociedad acoja y comprenda alguna manera fraternal acoja al marginado, sea enfermo mental u otro y evidentemente la pregunta es: ¿qué es la locura en sí misma? Y aquí es cuando te digo yo que añoro a aquellos psiquiatras de principios de siglo que eran grandes filósofos y que se hacían preguntas importantes y que no han dado todavía respuesta, yo no la tengo.

Eso es como lo de Basaglia, yo hago esto porque pienso que esto es bueno y porque pienso que es lo único que puedo hacer, pero yo de aquí no se me ocurriría sacar una teoría ni escribir un libro. Yo no sé nada. Lo que sí que sé es que yo puedo ayudar a esta gente y como sé que los puedo ayudar los ayudo, pero ayudo a trescientas personas. Con lo cual yo sé que lo que estoy haciendo tiene una importancia vital para estas personas, pero de aquí no extraigo una doctrina que yo diga lo que hay que hacer es esto, oiga yo no sé lo que hay que hacer. Es evidente, porque es evidente, que cuando un enfermo mental grave que tiene su vida destrozada le das un trabajo con sentido, le das un salario, se siente participe de una cosa importante y se levanta por las mañanas todos los días porque tiene algo útil e importante que hacer y todo eso además es coherente porque claro le pagan un salario no por caridad, le pagan un salario a cambio de un trabajo importante que has hecho, pues ese señor pasa de ser un enfermo mental a ser una persona que trabaja, que vive, que tiene relaciones, que tiene una enfermedad mental. Yo soy miope, tú eres coja, y el otro es calvo, toda mi doctrina empieza y acaba aquí.

Yo pienso que ese movimiento formaba parte, era un trocito, de un movimiento muchísimo mayor que había en toda Europa y con algunas reminiscencias también de Estados Unidos, que tiene que ver con el Mayo del 68, que tiene que ver con la posguerra, con una sociedad democrática que se empieza a cuestionar la propia democracia. Mayo del 68 sería el fenómeno más conocido que ejemplificaría que es lo que estaba pasando en Europa en esos momentos, pero eso que pasaba en mayo 68 como símbolo pasaba en la Universidad, en las empresas, el mundo de la cultura, del arte, pasaba en todos los sitios y en la psiquiatría. Y todo eso ha desaparecido. Y en la psiquiatría también.

Yo pienso que el pasado se puede recordar y reflexiona. De recuperar, evidentemente, entonces hablaríamos no de infantilismo sino de sentimentalismo. Yo soy una persona profundamente pragmática y profundamente objetiva. Como dicen los andaluces, lo que es imposible es imposible y además no puede ser. Yo estoy encantado de acordarme de un estudio sobre la depresión de Castilla del Pino, que hacía años que no me acordaba de este libro, pero no voy a volver a leerlo yo esta noche.

Pero a fecha de hoy después después de que han elegido en EEUU al Trump este, y cuando analizas lo que está pasando, si uno no quiere mentirse, no quiere engañarse, si uno quiere ser objetivo, de esta objetividad de la que hablaba antes, objetividad que todos los relativistas ponen..., en fin, hay tal fragilidad ideológica en el sentido profundo de la palabra, de las ideas, de la filosofía, que todo esto que está ocurriendo tiene que ver con esto.

Estamos en un mundo, y ya no hablo de la Europa de mayo del 68, con la globalización, pienso que estamos en un mundo con una profunda crisis mundial. No estamos hablando de la psiquiatría ni de mayo del 68, podemos hablar de los chinos, de los coreanos, de los brasileños, África es un mundo que desconozco y no lo entiendo, no sé qué pasa allá. Yo que soy una persona no con una edad sino con dos, cuando ves todo esto dices tú, me cuesta muchísimo trabajo ser optimista, me cuesta trabajo incluso entenderlo y evidentemente no lo puedo entenderlo con estos esquemas del marxismo, no lleva a nada, no tienen ni idea, todo eso no sirve para nada, para mí.

Lo único que pretendo es estar medianamente convencido de lo que yo pienso. Tengo un trabajón. Y si todos los humanos, es decir, la famosa frase de Gandhi que decía que si todos barriéramos el trozo de acera de delante de nuestra casa la calle estaría limpia, pues es lo que hago yo. Yo no estoy fuera del sistema, pero digo lo que me da la gana, porque no me debo a nadie.

¿Piensas que hay algo que continúa de esa época? ¿Que partidos como Podemos, por ejemplo, se inspiran en los movimientos sociales de los 70?

Yo no sé contestar porque yo estoy muy ajeno a eso. Yo, sinceramente, y esto es una cosa estrictamente personal, es muy personal, todo lo que he dicho es personal, con lo cual no estoy sentando cátedra de nada y estoy hablando de opiniones mías fruto de mi reflexión y mi experiencia. No estoy interesado en el tema de... de Podemos. Pero no estoy interesado porque cuando yo el otro día me levanto, y no sé si es peor uno que la otra... en todo caso. Como dicen los toreros, que Dios reparta suerte, ya veremos qué pasa. Pero cuando tienes una cierta experiencia... Si yo en vez de estar

hablando ahora estuviese aquí hablando aquí mi hijo, que tiene treinta y cuatro años, evidentemente no hablaría desde esta perspectiva. Porque él tiene mucha vida por delante. Yo tengo muy poca vida por delante con lo cual yo miro todos los fenómenos sociales y tal con una frialdad, porque ya no va conmigo. No sé si me explico. La realidad, depende de quien la mire, la interpreta de una manera o de otra. Yo la interpreto desde esta posición vital que tengo, yo voy a cumplir setenta años.

La Fageda, es un proyecto bueno y justo y el concepto de bondad y de justicia, como decía mi amigo Platón con el que tomo té todos los días a las cinco, el concepto de la justicia y de la bondad son eternos, son principios inamovibles y me da igual que esté hecho eso hace treinta y cinco años que hace 35.000. Entonces si podemos ahora hablar de la justicia, ¿yo soy un proyecto Podemos? No, yo soy un proyecto justo. ¿Qué hará Podemos como movimiento social? Eso es otra película...Yo no me identifico con el proyecto Podemos, yo me identifico con la justicia. Y si los de Podemos entienden la justicia como la entiendo yo, pues me parece muy bien.

Yo que soy un individuo tengo un compromiso profundo con la justicia, con la bondad, con la belleza, el proyecto de la Fageda en alguna medida, en la medida en que soy responsable de una parte de ese proyecto refleja, porque los proyectos los hacen las personas, una persona como yo que ha tenido un papel relevante en este proyecto, que para mí lo importante en la vida no es el dinero, no es la fama, no es no sé qué, sino que es la justicia, la honestidad.

Todos estábamos movidos por la misma...Me gano bien la vida, yo le digo a mi mujer y ella me grita. Yo le digo, yo soy inmensamente rico, tengo mucho más de lo que me hace falta. Yo he hecho un estudio de mercado de todas las fábricas de ataúdes que hay en el mundo y ninguno lleva monederos ni tarjeteros para las tarjetas de crédito. Yo soy inmensamente rico, y sobre todo soy inmensamente rico porque imparto justicia, porque imparto bondad. ¿Has visto dónde estamos? ¿No es un lugar bello eso? ¿Y sabes porque estamos allá? Porque soy un hombre hipersensible a la belleza.

CONCLUSIONES

1. La Segunda Guerra Mundial popularizó dentro y fuera de la psiquiatría la neurosis traumática.

En el caso de los soldados el trastorno funcionó como solución de compromiso frente a la pena por desertión. En el ámbito psiquiátrico, la adaptación progresiva a la zona de combate proporcionó una alternativa al tratamiento custodial que limitaba a la vez el potencial de simulación. Durante los años 50, el modelo se exporta a la sociedad civil normalizando los síntomas neuróticos. La modulación familiar o constitucional de la predisposición requiere de la prevención a nivel de instituciones primarias así como del diseño de comunidades terapéuticas. Los psiquiatras se convierten en expertos en patología individual y en prevención comunitaria. La comunidad prototipo, la de Maxwell Jones, se basa en las dinámicas de grupo de Bierer o de Bion, si bien integra la normalización del trastorno en un marco interactivo médico-pedagógico.

2. La transformación de la asistencia psiquiátrica es el objetivo prioritario del Comité de Expertos de Salud Mental de la OMS, a partir del año 1949. La OMS optó por una clasificación funcional en términos de recuperación e instituyó la separación entre enfermos agudos y crónicos. Para ambos tipos de trastornos, se propone un tratamiento comunitario. Fuera del hospital se plantea la continuidad de la asistencia y la promoción de relaciones saludables. Intramuros se prioriza una comunidad “terapéutica” frente a un modelo custodial que en la medida de lo posible tendrá un carácter transitorio. Hay además estructuras intermedias: hospitales diurnos y nocturnos, dispensarios y clubs gradúan la tutela adaptando al paciente a su comunidad de origen. El reconocimiento de la OMS de un vínculo entre predisposición psicológica e institución familiar separa las tareas y da forma al equipo médico-social del que el psiquiatra ya no es el único componente. A lo largo de la década, la participación de antropólogos y sociólogos complementa, bajo la protección del psiquiatra, el proyecto de reforma dentro de los límites del hospital monográfico.

3. La antipsiquiatría se desarrolla en el interior de la propuesta de reforma comunitaria de posguerra. La corriente surge a principios de los 60 en Inglaterra, país que consolida el modelo comunitario de Jones, pero su génesis hay que buscarla en la ruptura de la díada maternofilial de la escuela socioantropológica de Palo Alto. El análisis de interacciones y rutinas acaba por establecer establece un continuo a nivel institucional que desborda el espacio del hospital mental. Las importaciones de Laing enriquecen el modelo psicobiológico de la OMS que limitaba el análisis sociológico a la díada como familia. La ruptura posterior del límite interpersonal de la enfermedad mental requerirá de una compleja trama de redes y alianzas que, a finales de la década, desplazará la crítica cultural e institucional de posguerra al interior de la comunidad terapéutica.

4. Las síntesis particulares de cada autor y los elementos comunes de cada corriente, dependerán de las interacciones que en cada país faciliten la pervivencia del movimiento. Hay continuidades “internas” que condicionan la ruptura, pero que participan a la vez de la óptica de la psiquiatría oficial: en la comunidad terapéutica se reconoce un espacio no tanto de renovación terapéutica como de proyección ideológica -en cualquier caso un espacio de experimentación-. El autoconocimiento frente a la represión, la negación o la adaptación son valores relevantes en la cura y en la definición de trastorno de la OMS. En un marco contracultural, adquieren un valor absoluto para las corrientes críticas. Lo que expresa el síntoma -según corrientes- no es tanto una adaptación fallida o un problema biológico como una comunicación reprimida o una institución que coacciona. A lo largo de la década los informes de la OMS matizan sus contenidos. La epidemiología, la clasificación, los dispositivos integrados de asistencia y los proyectos psicoterapéuticos de adaptación concentran la tarea del psiquiatra. Lo sociocultural persiste acotado como variable a cuantifica , separado del contexto y del psiquiatra, dentro de la clasificación o en la división de tareas del equipo médico-psicosocial.

5. La antipsiquiatría se expande dentro del marco de los nuevos movimientos sociales. Los informes de la OMS funcionaron como principios generales de demarcación ante los problemas que planteaban las propuestas sociológicas o antropológicas de integración. Lo que se considera o no antipsiquiátrico informaría de la permeabilidad de la gestión institucional a otras alternativas de integración en determinado momento. De manera indirecta, cabe plantear otro beneficio: el interés mediático en la locura y el debate público que suscitaron las alternativas psiquiátricas. Tal debate se debe al marco de expansión de dichas alternativas: la crítica institucional que se populariza también al término de los 60.

6. En España, la recepción de las corrientes antipsiquiátricas responde a un proceso muy similar. Los dos estudios de caso a los que se ha recurrido lo confirman. Desde ambos circuitos, se sensibiliza al público lector con dos representaciones diferentes de la sinrazón que reflejan diferentes presiones políticas según el contexto mediático. En un medio periférico como *Ajoblanco*, el marco ácrata y *underground* de la revista suscitó el interés por la antipsiquiatría que contó, junto con otras tantas temáticas de los nuevos movimientos, con una sección propia. En general, funcionó como crisol de las alternativas psiquiátricas de Inglaterra e Italia, fusionando la crítica tecnocrática con la emancipación personal dentro de un marco contracultural de marcado eclecticismo. La coherencia con el carácter activista y autogestionado de la publicación impulsó la promoción de un foro de afectados que no llegó a consolidarse. La sección reconoció la función expresiva de la locura publicando varios testimonios en los que se demandó sobre todo comprensión y derechos, reclamación que permitía además la identificación con el público lector.

7. En el caso del activismo sanitario de las Clínicas de Ibiza, se inicia la movilización desde la crítica disciplinaria de los jóvenes psiquiatras progresistas. Pese a tales referencias, la divulgación en prensa sensibiliza desde su papel de expertos que imponen su criterio a la Diputación, encajan con

las posibilidades narrativas de los medios y enlazan con las aspiraciones profesionales de sus colegas. Se demanda y se divulga el modelo de reforma de la OMS en el que no hay matiz antipsiquiátrico. A través de la protesta el experto señala la disciplina sin derechos del régimen político. Una lectura más cercana a la marginalidad expresiva de la desviación se percibe en los artículos de opinión y en la prensa semanal, especialmente en la prensa diaria de sucesos o en los semanarios de actualidad. En tales contextos se promueve, más que una lectura contracultural, una representación en la que pesa más la empatía solidaria que su contrapeso de imprevisión y peligro. En cualquier caso, el despliegue informativo de *Ajoblanco*, contrasta con la información que se publica sobre el encierro en las Clínicas madrileñas que contrasta a su vez con la carga dramática de los artículos de opinión. Ya sea a través del mensaje anti-institucional del síntoma, de la resistencia de los propios médicos frente al marco disciplinario del Régimen, o de la fraternidad comunitaria más próxima a la izquierda tradicional, psiquiatras y periodistas reconocen en sus profesiones una forma alternativa de militancia que trata de invertir tanto su función como la representación cultural de la locura.

8. En cuanto a los contenidos profesionales, la antipsiquiatría se recibió y se asimiló en nuestro país, si bien se trató sobre todo de un proceso de recepción pasivo. La escasa institucionalización de la asistencia facilitó una miríada de iniciativas que, dadas las posiciones reaccionarias de las cátedras, se calificaron como antipsiquiátricas. En cualquier caso, facilitaron la formación de redes informales de intercambio y divulgación que impulsaron incipientes proyectos alternativos. Si bien no se produjo un modelo propio, se anticiparon algunas de las dificultades de los antipsiquiatras de las sociedades democráticas: el problema de la institucionalización dentro de un marco antiautoritario, posibilismo frente a autogestión o la competencia entre los diferentes paradigmas de integración. La división en términos de recuperación funcional constituyó el límite del consenso en el conflicto de las Clínicas de Ibiza. Las alianzas institucionales de los Centros de Higiene comunitarios canalizaron las fricciones

dentro de Ajoblanco. En ambos medios, los psiquiatras modificaron su discurso según su público objetivo -profesional o extra-académico-. Esta plasticidad de la psiquiatría da cuenta en nuestra opinión de una enriquecedora permeabilidad al medio. Durante el tardofranquismo, las movilizaciones de los psiquiatras y las deliberaciones de *Ajoblanco* reflejaron, apoyaron, consolidaron y divulgaron, a través de los nuevos radicalismos de clase media y dentro de los parámetros del régimen, el cambio social que buscaba redes, modelos y representaciones en España.

FUENTES Y BIBLIOGRAFIA

ARCHIVO HISTÓRICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Actas de la sesión plenaria del 29 de abril de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Apartados 35,34. Archivo Histórico de la Comunidad de Madrid.

Actas de la sesión ordinaria del 22 de julio de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

Carmona J. N. Reglamento de la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco. Diputación Provincial de Madrid, 1970. Caja 3/1587. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid

Doctor González Bueno, presidente de la Diputación de Madrid. Diario de la sesión plenaria del 31 de agosto de 1971. Diputación Provincial de Madrid. Archivo histórico de Madrid; p 6

PRENSA PERIÓDICA DIARIA

Ajoblanco:

Ajoblanco se desnuda. Ajoblanco. Marzo 1977;20:4-7.

Almudena. Una experiencia. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

Anónimo. A los locos mis compañeros. Ajoblanco. Octubre 1977;26:51.

Antipsiquiatría. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:46.

Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978.

Aquí el departamento de toxicomanía. Entrevista con el Dr. Freixa. Ajoblanco. Marzo 1978;31:36-37.

Arques R. y Soler S. Entrevista a Félix Guattari. Ajoblanco. Diciembre 1977;28:7-9.

Baldiz, M. Antipsiquiatría 3. Ajoblanco. Enero 1977;18:36-37.

Baldiz M. Locos, místicos y colgados. Ajoblanco. Julio y agosto 1977;24:66.

Baldiz M. Reflexiones sobre una corta estancia en el hospital de día de González Duro (un espacio de verificación de la locura). Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra;marzo 1978: 28-30.

Barcelona Libertaria. Jornadas Libertarias Internacionales. [Internet]. Cedall.org. 1977 [citado 25 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.cedall.org/Documentacio/Castella/cedall203130300.htm>

Colectivo de Salud Mental. Barrios contra sanidad UCD. Ajoblanco. Agosto 1979;42:9.

Desencierro de la locura. Ajoblanco. OCTUBRE 1977;26:50.

Disminuidos físicos y psíquicos. Nosotros también somos ciudadanos. En Dossier Marginación.

Ajoblanco. Febrero 1978;30:41.

El colectivo. El arcaísmo del manicomio. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978:50.

El colectivo. Locos tolerados, locos perseguidos. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978:46.

El masturbador albino. Noticias antipsiquiátricas. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

El masturbador albino. Un pequeño balance, sección antipsiquiatría. Ajoblanco. Mayo 1977;22:34.

El joven ornitorrinco. Epílogo. Ajoblanco. Mayo 1977;22:35

Filipo el del bar. Alcohólicos: a beber, a beber sin olvidar. Ajoblanco. Febrero 1978;30:42.

Frigola, C. La Philadelphia Association y las comunidades Archway. Ajoblanco, extra; Marzo 1978: 18.

Introducción a los centros de Higiene Mental. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978:38.

MRM, Alguien debería volar sobre los nidos de cuco de España. Ajoblanco. Marzo 1977;20:45.

NH. La Borde. El mito de un sueño imposible. Ajoblanco. Febrero 1978;30:22-26.

Oración y cierre. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra, Marzo 1978:63.

Pardo J. Psiquiatrizados en Lucha. Ajoblanco. Febrero 1978;30:46. [publicado originalmente en el Crack. Editada por Laboratorios Colectivos Chueca]

Para comprender mejor los textos situacionistas. Ajoblanco. Noviembre 1976; 16:23-25

Por un colectivo de locos. Ajoblanco. Abril 1977;21:47.

Presentación del centro de higiene mental de la Florida. Introducción a los centros de higiene mental. Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Ajoblanco, Extra. Marzo 1978:37.

Puig T. Ajoblanco, eso es una crisis. Ajoblanco. Enero 1979;42:4.

Puig T. David Cooper o la capacidad de estar loco. Ajoblanco, Febrero 1978;30:60.

Racionero, L. Alguien voló sobre el nido del cuco. Ajoblanco. Noviembre 1976;16:41.

Racionero, L. Willian Blake y la revolución cultural. Ajoblanco. Diciembre 1974;2:8-10.

Racionero, L. Where have all the flowers gone? Ajoblanco. Marzo de 1977;18:23 Disponible en:

<http://www.ajoblanco.org/historico> [consultado 25 de febrero 2017]

Recuerdo del movimiento provo. Ajoblanco. 1976;18:34-35. Disponible en: <http://www.ajoblanco.org/historico> [consultado 25 de febrero 2017]

SMA. Carta nº 5. La carta que tú pariste. Ajoblanco. Mayo 1978;33:60.

Ozono:

Azcárate S. A, ante, cabe, bajo, contra, de, desde... la psiquiatría. Ozono. Abril 1978;31:37-41.

Baez J. Psiquiatría española, una contestación. Ozono. Abril 1978;31:42-43.

Calafat A. Las paredes no caerán solas. Ozono. Abril 1978;31:47.

Galán E. La construcción de la alternativa psiquiátrica. Ozono. Abril 1978;31, 35-36.

García González. Dotaciones, autonomía, democracia. Ozono. Abril 1978;31:46.

González Duro. Asumir la locura, no reprimirla. Ozono. Abril 1978;31:45.

Morales Zaragoza ML. Ozono. Abril 1978;31: 34.

Psiquiatrizados en Lucha. Los manicomios crean locos. Ozono. Abril 1978;31:48.

Rojo G. Por una práctica psiquiátrica de contenido feminista. Ozono. Abril 1978;31:42-43

El viejo topo:

Blanch JM. El inconsciente en la política. (El Análisis freudomarxista). El viejo topo. Septiembre 1979;48-53.

Carandel JM. La idealización de la locura. El viejo topo. Enero 1978; 28, 48.

Deleuze G y Foucault M. Un diálogo sobre el poder. El viejo topo. Marzo 1977; 6: 19-23.

El SPK visto por el SPK. El Viejo Topo. Topoteca: antipsiquiatría. Enero 1977;4, 36-37.

El Viejo Topo. Topoteca: antipsiquiatría. Enero 1977;4: 29-40

Fábregas JL, Roig A. y Mora E. Por una psiquiatría alternativa. El viejo topo. Diciembre 1978;15;18-20.

Guattari F. La proliferación de los márgenes. El viejo topo. Enero 1978;28:14-17

Guattari F. ¿Qué es la adolescencia? Entrevista con Felix Guattari. El Viejo Topo. Abril 1980;43:47-50.

Grau JS. González Duro E. y Jaccard R. Dossier Freud. El viejo topo. Marzo 1979;30;;33-44.

Grau JS. Lacan. Lacan el padre severo persevera. El viejo topo. Marzo 1980;42;39-40.

JM. La idealización de la locura. El viejo topo. Enero 1978;28:48.

Morey M y Sarret J. Abajo la autoridad. Entrevista a Ramón García. El viejo topo. Diciembre 1979;39:26-29.

Morey M y Sarret J. La locura es la caricatura de la libertad. Entrevista con Giavani Jervis. El viejo topo. Diciembre 1978;27:8-13.

Notariani M. Elogio del manicomio (entrevista con Franco Basaglia). El viejo topo. Junio 1980;45:17-21.

Rojo G. Mujer y locura. El viejo topo. Enero 1978;28:45-47.

Varela J, Álvarez Uria F. De la histerización del cuerpo de la mujer. El viejo topo. Marzo 1980;42:9-14

Sábado Gráfico y Triunfo:

Arnoriaga TM. Barcelona: crisis médica: alarmante déficit sanitario. Sábado Gráfico 20 de marzo de 1971;720:38-39.

Arnoriaga TM. Continúa el conflicto de las Clínicas de Ibiza. Sábado Gráfico 11 de septiembre de 1971;745:6-9.

Arnoriaga TM. Deplorable asistencia psiquiátrica. Sábado Gráfico 4 de septiembre de 1971;744:5-11.

Arnoriaga TM. En un valle de Burgos: Se alquilan locos baratos. Sábado Gráfico 7 de agosto de 1971;740: 11-14

Arnoriaga TM. La huelga blanca. Sábado Gráfico. 29 de mayo de 1971;73 1-13.

Arnoriaga TM. La medicina española enferma. Sábado Gráfico. 22 de mayo de 1971;729:17

Arnoriaga TM. Llegó el momento: conversaciones entre la Diputación y los Psiquiatras. 4 de diciembre 1971; 757:20-29

Arnoriaga TM. Nueva visita al manicomio de Oña. Sábado Gráfico 23 de noviembre de 1971:751: 18-19.

Azcárate S. Franco Basaglia: "Ser un psiquiatra hoy es destruir el manicomio". Triunfo. Marzo 1978;788:30-31.

Barricart A. Barcelona: crisis médica: Situación catastrófica en el hospital Clínico. Sábado Gráfico

20 de marzo de 1971;720:18-19.

Díaz-Plaja G. El mayo asturiano. Triunfo. 22 de mayo de 1971;468:10-11.

Díaz-Plaja G. La asistencia psiquiátrica en España I. Triunfo. 13 de febrero de 1971;454:11-15.

Díaz-Plaja G. La asistencia psiquiátrica en España II. Triunfo. 20 de febrero de 1971;455:34-37.

Díaz-Plaja G. Los nuevos médicos I. Triunfo. 26 de junio de 1971;473:18-23.

Díaz-Plaja G. Los nuevos médicos II. Triunfo. 3 de julio de 1971;474:19-26.

Equipo Zeta. Los MIR el conflicto y significado Triunfo. 28 de junio de 1971;665:12-13.

Galán D.Triunfo. 8 de mayo de 1976; 693:54-55.

Jardiel Poncela E. Juan Antonio Vallejo Nájera. Sábado Gráfico. 3 de abril de 1971; 722: 18

Las fronteras de la libertad de prensa. Triunfo. 8 de febrero de 1975;645;15.

Madrid. 3.500.000 de suicidas. Sábado Gráfico. 6 de noviembre de 1971;7

PRENSA DIARIA

ABC. Continúan su reclusión en la Ciudad Sanitaria Provincial diecisiete psiquiatras y treinta y ocho auxiliares. 28 de agosto de 1971.

ABC. Depondremos nuestra actitud cuando se suspenda la reducción de camas para enfermos agudos en la Ciudad Sanitaria provincial. 27 de agosto.

ABC. El colegio oficial de médicos se solidariza plenamente con las peticiones de los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971.

ABC. El director médico de la Ciudad Sanitaria expone los motivos de la reestructuración operada en sus servicios. 12 de septiembre de 1971.

ABC. El punto muerto en el dialogo de los médicos y la Diputación no es imputable a esta, en quien siempre hubo buena disposición para la solución del problema. Nota de la oficina de relaciones exteriores y publicaciones de la Diputación. 5 de septiembre de 197.

ABC. El presidente reitera que en el conflicto de la clínica de la calle Ibiza había una actitud de rebeldía e indisciplina en los médicos. 1 de septiembre de 1971.

ABC. El problema de la psiquiatría en Madrid. Continúan su reclusión en la Ciudad Sanitaria Provincial diecisiete psiquiatras y treinta y ocho auxiliares. 28 de agosto.

ABC. Encierro indefinido de psiquiatras en la Ciudad Sanitaria Provincial. 26 de agosto de 1971.

ABC. Escrito de la Liga Española de Higiene Mental. 9 de septiembre de 1971

ABC. Fotografía de CSPFF. 3 de septiembre de 1971.

ABC. Hacia una solución en el conflicto de los psiquiatras con la Diputación. 7 de septiembre de 1971.

ABC. La distribución de las camas para enfermos mentales agudos en centros hospitalarios de primer orden fue objeto de detenido estudio. 27 de agosto de 1971.

ABC. Las conversaciones entre psiquiatras y el presidente de la Diputación en punto muerto. 3 de septiembre de 1971.

ABC. Los médicos de la Ciudad Sanitaria Provincial redactan una nueva nota para ser dirigida al Presidente de la Diputación. 8 de septiembre de 1971.

ABC. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria provincial se ratifican en los términos de la carta dirigida el pasado día 3 al PD. 5 de septiembre de 1971.

ABC. Madrid al día: Los médicos recluidos en la CSP abandonaron su actitud. En presencia de la fuerza pública los psiquiatras de Madrid abandonaron la reclusión. 29 de agosto de 1971.

ABC. Noticias Médicas: Problemas de la psiquiatría en Madrid. 27 de agosto de 1971.

ABC. Nuevo escrito aprobado para dirigir al presidente de la Diputación aprobado en la asamblea de médicos de la Ciudad Sanitaria provincial. 12 de septiembre de 1971.

ABC. Otros seis psiquiatras se recluyeron en la Ciudad Sanitaria Provincial. 2 de septiembre de 1971.

ABC. Problemas de la psiquiatría en Madrid. 26 de agosto de 1971.

ABC. Problemas de la psiquiatría en Madrid. Depondremos nuestra actitud cuando se suspenda la reducción de camas para enfermos agudos en la Ciudad Sanitaria provincial. 27 de agosto de 1971.

ABC. Prosigue el conflicto del minero de León. 7 mayo de 197

ABC. Reclusiones voluntarias en otros 12 hospitales. 8 de septiembre de 1971.

ABC. Se ha resuelto el conflicto entre los médicos de la Ciudad Sanitaria provincial y la Diputación. 14 de septiembre de 1971.

ABC. Siguen los paros en Hunosa. 15 de junio de 1971.

ABC. Vuelven al trabajo 750 mineros leoneses. 16 de junio de 1971. ABC. Y paran 150 de Hunosa. 16 de junio de 1971.

Arriba. (Aparicio J). La locura suelta. 14 de septiembre de 1971.

Arriba. Continúan encerrados los psiquiatras. 27 de agosto de 1971.

Arriba. En presencia de la fuerza pública los psiquiatras de Madrid abandonaron la reclusión. 29 de agosto de 1971.

El Alcázar (Casado M). ¿Dónde está el mal de la psiquiatría española? Los psiquiatras opinan: Caparrós Sánchez, González Duro. 11 de septiembre de 1971.

El Alcázar. Carta de la madre de una enferma del hospital. 3 de septiembre de 1971.

El Alcázar. Conflicto del psiquiátrico. Diputación plena identificación con las medidas adoptadas por la presidencia. 1 de septiembre de 1971.

El Alcázar. Fin de la reclusión. 13 de septiembre de 1971.

El Alcázar. Sección Nacional: Hoy reunión de psiquiatras. 31 de agosto de 1971.

El Caso (De Besaya G). Peligrosa agitación entre los locos. 4 de septiembre de 1971.

El Correo Catalán. Los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria han presentado denuncia al juzgado de guardia. 1971.

Diario Madrid. Adhesiones de médicos de la clínica de la Concepción. 3 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Continúa el conflicto de la Ciudad Sanitaria provincial. 28 de agosto de 1971

Diario Madrid. El Colegio Médico de Madrid, a favor de los expulsados. 3 de septiembre de 1971

Diario Madrid. El conflicto del psiquiátrico. 1 de septiembre de 197

Diario Madrid. El conflicto del psiquiátrico. La sociedad española de psiquiatría no mediará. 8 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. En Madrid, Sólo hay 158 camas para enfermos mentales agudos. 11 de agosto.

Diario Madrid. Encierro indefinido en el psiquiátrico de Oviedo. 7 de septiembre de 197

Diario Madrid. “Es intolerable que la seguridad social no cubra la asistencia psiquiátrica.” Declaraciones del Dr Enrique Muñoz al Diario de Navarra. 1 de septiembre de 1971.

Diario Madrid: La sociedad española de psiquiatría no media á. 8 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Los del gran Hospital toman postura. 3 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Los psiquiatras, desalojados por la policía. 30 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Los psiquiatras se ratifican en su postura. El lunes vence el plazo dado por la Asamblea de médicos de la Ciudad Sanitaria Provincial. 4 de septiembre de 1971

Diario Madrid. Malestar en medicina. 26 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Manifestación de vocales de artes g áficas. 4 de septiembre de 1971

Diario Madrid. Mires Oviedo y nepotismo en las cátedras de de medicina madrileñas. 28 de agosto de 1971. Diario Madrid. Nuestros hospitales son deficitarios en unidades-cama y dotaciones. 26 de agosto de 1971

Diario Madrid. Nueva reclusión de psiquiatras. 1 de septiembre de 1971.

Diario Madrid: Ochocientos médicos recluidos en toda España. 8 de septiembre de 19

Diario Madrid. Participación de los psiquiatras en la estructuración asistencial. 13 de septiembre de 1971. Diario Madrid. Primeros intentos de diálogo tras la reunión prohibida. 31 de agosto de 1971

Diario Madrid. Psiquiatras: fin del conflicto. 12 de septiembre de 197

Diario Madrid. Razones económicas. 1 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Reclusión de psiquiatras en el Francisco Franco. 26 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Reclusión masiva en la Ciudad Sanitaria. 7 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Retroceso en la asistencia psiquiátrica madrileña. 27 de agosto de 1971

Diario Madrid. Reunión del comité técnico psiquiátrico. 16 de septiembre de 1971.

Diario Madrid, Prosigue el encierro en espera del diálogo. 2 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Se adivina la participación al conflicto: participación de los psiquiatras en la estructuración asistencial. 13 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Sección Nacional: Reclusión de psiquiatras en el Francisco Franco. 26 de agosto de 1971. Diario Madrid. Solicitan elevación del nivel asistencial en los hospitales. 28 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Sólo hay 158 camas para enfermos mentales agudos. 11 de agosto de 1971.

Diario Madrid. Última hora: Continúa el encierro de los psiquiatras. 2 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Última hora: encierro masivo en la Ciudad Sanitaria. 6 de septiembre de 1971.

Diario Madrid. Ya son mil cuatrocientos los médicos encerrados. 9 de septiembre de 1971.

El Alcázar. Fin de la reclusión. 13 de septiembre de 1971.

Hoja del Lunes. Retablillo Urbano. 30 de septiembre de 1971.

Informaciones. Continúa el encierro protesta de los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971.

Informaciones. Doctor García Miranda (presidente del Colegio de Médicos): Es necesario un ministerio de sanidad que organice y coordine toda la protesta. El colegio oficial de médicos con los psiquiatras. 3 de septiembre de 1971

Informaciones. Encierro protesta de los médicos y personal auxilia . 26 de agosto de 1971.

Informaciones. La policía desaloja a los médicos y personal auxiliar recluidos. 29 de agosto de 1971.

Informaciones. Madrid, Nueva reclusión de psiquiatras. 1 de septiembre de 1971.

Informaciones. Propósito de la Diputación para dar por terminado el conflicto. 9 de septiembre de 1971.

Informaciones. Reducción del número de camas para enfermos mentales. 12 de agosto de 1971.

Informaciones. Réplica de los médicos psiquiatras a la Diputación provincial. 27 de agosto de 1971.

Informaciones. Se encierran otros seis médicos en el psiquiátrico. 1 de septiembre de 1971.

Informaciones. Siete diputaciones piden al gobierno que eleve el nivel sanitario de los hospitales. 28 de agosto de 1971.

Informaciones. Sin acuerdo entre médicos y diputación. 2 de septiembre de 1971.

Informaciones: Solidaridad con los psiquiatras despedidos: El problema médico. 31 de agosto de 1971.

Informaciones. Suplemento de ciencia y técnica. Conferencia de Quesada Sanz, la asistencia sanitaria en España. 23 de junio de 1971

Informaciones. Suplemento de ciencia y técnica. Entrevista a Jesús Quesada Sanz, presidente del Colegio de Médicos de Murcia. La medicina española precisa soluciones políticas. 23 de junio 1971.

Informaciones. Suplemento de la ciencia y la técnica. García Miranda. La actual estructura sanitaria es inadecuada. Entrevista al presidente del Colegio de Médicos de Madrid. 30 de junio 1971.

Informaciones. Suplemento de la ciencia y la técnica. Lafuente Chaos, presidente del consejo general de colegios médicos. El sistema hospitalario necesita de fuertes modificaciones. Informaciones. 30 de junio 1971 1971.

Informaciones: Terminó el encierro de médicos. 13 de septiembre de 1971.

Informaciones. Última hora: Los médicos psiquiatras puntualizan: nuestra actitud no es un problema laboral. 28 de agosto de 1971.

La Stampa. Sit-in di psichiatri in un ospedale a Madrid. 3 de septiembre de 1971.

La Vanguardia (Angulo P). Un problema psiquiátrico. 14 de septiembre de 1971

La Vanguardia. Barcelona: Una situación penosa, en la ciudad día a día. 11 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Bruselas: Intervención personal del rey Balduino en el conflicto de los médicos. 9 de abril de 1964.

La Vanguardia. Consejo General del Colegio de Médicos: «Se está agotando nuestra capacidad, de paciencia, de sacrificio, de buena, voluntad». 2 de septiembre de 1971

La Vanguardia. Continúa la segunda reclusión de médicos en la Ciudad Sanitaria provincial FF. 1971.

La Vanguardia. Continúan los incidentes en el distrito universitario de Madrid. 26 de noviembre de 1971.

La Vanguardia. Definitivamente no hay avenencia entre el PD y los psiquiatras. 5 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Desde Londres, el dilema del doctor. 4 de marzo de 1965.

La Vanguardia. Desesperanzador futuro para el instituto mental de santa cruz. 18 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Dos facultades cerradas en el distrito de Bilbao. 7 de noviembre de 1971.

La Vanguardia. El conflicto psiquiátrico resuelto. 14 de septiembre de 197

La Vanguardia. Encierro indefinido de psiquiatras en la Ciudad Sanitaria “Francisco Franco” se recluyen en sus dependencias. 26 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Fallecimiento de Antonio Ruiz Villalba. 3 de noviembre de 1971.

La Vanguardia. Granada: continúan encerrados en la facultad de derecho treinta estudiantes. 21 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Ha sido cerrada la universidad de Bilbao. 11 de diciembre de 1971.

La Vanguardia. Han sido suspendidas las clases en cuatro facultades de Madrid. 17 de noviembre de 1971

La Vanguardia. Incidentes en la universidad de Madrid. 25 de noviembre de 1971.

La Vanguardia, La ciudad día a día: una situación penosa. 11 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. La huelga de médicos en Bélgica. 17 de abril de 1964.

La Vanguardia. La policía desaloja a los reclusos de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco. 29 de agosto de 1971.

La Vanguardia. La situación en la universidad de Madrid. 21 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Lecciones de una crisis. 17 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Llamamiento a los universitarios de Valladolid para salvar a la Universidad de la grave crisis que se cierne sobre ella, 15 enero 1971.

La Vanguardia. Los psiquiatras de la Ciudad Sanitaria Provincial. Francisco Franco se recluyen en sus dependencias. 26 de agosto.

La Vanguardia. Málaga necesita mejores instalaciones sanitarias, 26 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Ayer normalidad casi absoluta en Barcelona y provincia. 30 de octubre de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Bilbao: 1600 trabajadores en paro. 17 de febrero de 1971

La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Huelga en la maquinista, la policía desaloja a los obreros de la fábrica. 9 de febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Huelga en las obras de la universidad autónoma. 17 de febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Conflictos laborales: Paro en una empresa situada en la zona franca. 17 de febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: “De la sentencia de la magistratura del trabajo sobre el conflicto de la maquinista”. 17 de marzo de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: El problema de AICASA está en vías de pronta solución. 31 agosto de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Gaya: se extiende el paro en la fábrica Roca Radiadores. 5 de noviembre de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Gijón: Cerrados unos astilleros por el paro de 500 trabajadores. 7 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Huelga de 500 pescadores en Cádiz. 7 de febrerode 1971

La Vanguardia. Mundo laboral: La situación en Eaton Ibérica, propuestas de los trabajadores para retornar a sus puestos. 28 de enero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: “No ha variado la situación en la maquinista”. 18 de febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: “Nuevas renunciaciones al trabajo en La Maquinista”. 187 de marzo de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Paro en Telefunken ibérica. 28 de enero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Paro en Urbasa, Nueva Montaña Quijano cierra sus puertas. 7 de febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Prosigue el conflicto de minero de León. 7 de mayo de 197

La Vanguardia. Mundo laboral: Siguen las conversaciones en torno al conflicto de Eaton Ibérica. 7 de

febrero de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Situación estacionaria en el paro de la construcción. 19 septiembre de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Un mes de la huelga de Industrias metálicas de Navarra, “se extiende el paro en las cuencas mineras asturianas”. 15 de octubre de 1971.

La Vanguardia. Mundo laboral: Unos 5000 obreros de la construcción pararon ayer en Madrid. 14 septiembre de 1971;p 11. La Vanguardia. Huelga de los médicos de los hospitales Italianos. 13 de abril 1965.

La Vanguardia. Nuevo encierro en la Ciudad Sanitaria FF de Madrid. (El conflicto psiquiátrico). 1 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Oviedo: El curso durará hasta junio. 13 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Paro del tráfico y disolución de una manifestación en la Facultad de medicina. 13 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Primer intento fallido de dialogo con los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria provincial. Madrid: el conflicto del psiquiátrico. 1 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Reclusiones en cadena de diversos hospitales de Madrid, Barcelona y Oviedo. Serie el conflicto psiquiátrico. 8 de septiembre de 197

La Vanguardia. Redacción y agencias: Primer intento fallido de dialogo con los médicos expulsados de la Ciudad Sanitaria provincial. 1 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Resumen de redacción: Nuevo encierro en la Ciudad Sanitaria FF de Madrid. (El conflicto psiquiátrico). 2 de septiembre de 197

La Vanguardia. Se extiende el paro académico en el distrito universitario de Madrid. 7 de noviembre de 1971.

La Vanguardia. Sevilla. La facultad de filosofía y letras abrirá h . 13 de mayo de 1971.

La Vanguardia. Situación académica de las escuelas técnicas superiores de Madrid. 7 febrero de 1971.

La Vanguardia. Tercer día de reclusión en el hospital.de Madrid. 28 de agosto de 1971.

La Vanguardia. Ultimátum del PD de Madrid a los psiquiatras. 4 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Unos 300 médicos de la CSFF en reclusión voluntaria. 7 de septiembre de 1971.

La Vanguardia. Urgente convocatoria a los restantes psiquiatras de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco para atender el servicio. 31 de agosto de 1971.

Le Monde diplomatique. Le conflit dans les établissements psychiatriques. Un millier de médecins

s'enferment dans leurs hôpitaux. 10 de septiembre de 1971.

Noticias Médicas. El conflicto de los psiquiatras se extiende. 1971. 8 de septiembre

Noticias médicas: Encierro voluntario e indefinido de los médicos psiquiatras. 28 de agosto de 1971.

Noticias Médicas. Escrito de una comisión de médicos contratados de las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria provincial Francisco Franco. 19 de agosto de 1971.

Noticias médicas. Fueron despedidos y desalojados los médicos psiquiatras. 31 de agosto de 1971.

Noticias Médicas. Los médicos psiquiatras en desacuerdo con la diputación. 29 de septiembre 1971.

Noticias Médicas. Los médicos que permanecieron recluidos piden que se forme un tribunal deontológico. 2 de septiembre de 1971.

Noticias Médicas. Reducción del número de camas para enfermos mentales. 19 de agosto de 1971.

Noticias Médicas. Reunión de la mesa de hospitales para tratar sobre los médicos psiquiátricos de la CSFF. 1971

Nuevo Diario. Circulación y psiquiatras, polos de atracción. 2 de septiembre de 1971.

Nuevo Diario. Continúa el encierro de los médicos psiquiatras. 26 de agosto de 1971.

Nuevo Diario: La policía desaloja a los psiquiatras recluidos. 29 de agosto de 1971.

Pueblo: La asistencia no está actualizada. 31 de agosto de 1971.

Pueblo. Los médicos tomarán medidas. 3 de septiembre de 1971.

Pueblo: ¿Por qué no decirlo? Médicos en huelga. 30 de agosto de 1971

Pueblo. Se acabaron sus vacaciones y regresa a Madrid. "Voy a estudiar el problema", López-Ibor. 6 de septiembre de 1971.

Tele/eXprés. Hemos conseguido que se conozcan los problemas de la asistencia psiquiátrica. 5 de septiembre de 1971.

Tele/eXprés. Mirador, la salud mental. 2 de septiembre de 1971.

Tele/eXprés. ¿Tratamiento ambulatorio o internamiento? Un psiquiatra del seguro tiene que visitar a más de veinte enfermos por hora afirma el doctor Josep Clusa Matinero. 7 de septiembre de 1971

The New York Times. Challenge Ills in neurotic ills. 29 de abril de 1947.

The New York Time. Doctors' Sit-Ins in Spain End After Madrid Yields. Sep 14, 1971.

Ya. Carta de la madre de una enferma. 3 de septiembre de 1971.

Ya. La Jornada española. Punto muerto en las conversaciones psiquiatras. 4 de septiembre de 1971

Ya (Apostua L). Operación retorno. 2 de septiembre de 1971

Ya: Otros seis psiquiatras se recluyen en la CSPFF. 2 de septiembre de 1971.

Ya. Quince psiquiatras, con personal auxiliar se recluyen, por tiempo indefinido. 26 de agosto de 1971.

Ya: Reclusión de médicos y personal auxiliar en varios hospitales. 7 de septiembre de 1971

Ya: Resuelto el conflicto diputación-psiquiatras. 14 de septiembre de 1971

Ya: Son desalojados los médicos recluidos en la CSFP. 29 de agosto de 1971.

INFORMES

Bovet L. Aspectos psiquiátricos de la delincuencia juvenil. 1ª ed. Washington, D.C: Oficina Sanitaria Panamericana;1954. Disponible en español en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169867> [Consultado 25 de febrero 2017]

Bowlby J. World Health Organization. Maternal Care and Mental Health: A Report Prepared on Behalf of the World Health Organization as a Contribution to the United Nations Programme for the Welfare of Homeless Children. Geneva: WHO;1951. Geneva: WHO. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169960> [Consultado 25 de febrero 2017]

Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. 1948 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/> [Consultado 25 de febrero 2017]

Grupo de Estudio sobre el Uso de Atarácticos y Alucinógenos en Psiquiatría. Alteraciones mentales provocadas por agentes químicos y sus relaciones con la teoría del psicoanálisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;1958. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37423> [Consultado 25 de febrero 2017]

Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. 1ª ed. Ginebra: World Health Organization, Palais des Nations;1958. Disponible en <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/39275>

Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la primera reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OPS, 1950. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170168> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Serie de Informes Técnicos. No. 31. Ginebra: OMS, 1951. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>. [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental : quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 9. Ginebra: OMS, 1957. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38069> [Consultado 25 de febrero 2017]

febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina: noveno informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 235. Ginebra: OMS, 1962. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales: octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 185. Ginebra: OMS, 1960. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38084> [Consultado 25 de febrero 2017]

World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. Report on the third session. Technical Report Series N° 73. Geneva: WHO, 1953. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37984> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental: 11 informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 235. Ginebra: OMS, 1962. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38035> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. La formación del psiquiatra: 12 informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 252. Ginebra: OMS, 1963. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38019> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Legislación en materia de asistencia psiquiátrica: cuarto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 98. Ginebra: OMS, 1955. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38088> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Los trastornos psicósomáticos: 13 informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 275. Ginebra: OMS, 1964. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38031> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Organización de los servicios para retrasados mentales: 15 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 392. Ginebra: OMS, 1968. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38172> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo: 16 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 564. Ginebra: OMS, 1975. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38253> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 223. Ginebra: OMS, 1961. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38075> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez: sexto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 171. Ginebra:

OMS, 1959. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38025> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Psiquiatría social y actitudes de la colectividad : séptimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental Serie de Informes Técnicos. No. 177. Ginebra: OMS, 1959. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38027> [Consultado 25 de febrero 2017]

Organización Mundial de la Salud. Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas: 14 Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos. No. 363. Ginebra: OMS, 1967. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38078> [Consultado 25 de febrero 2017]

World Health Organization (1959): Report of W.H.O. Study Group on schizophrenia. Amer. J. Psychiat. , 115, 865-872. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/132499>. [Consultado 25 de febrero 2017]

World Health Organization. Study Group on Juvenile Epilepsy. Juvenile Epilepsy: Report of a Study Group. World Health Organization: Technical Report Series. N°130, Geneva, 1957. Diponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41423>. [Consultado 25 de febrero 2017]

LEGISLACIÓN

Base vigesimotercera. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado núm. 331, (26/11/1944). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/331/A08908-08936.pdf> [Consultado 25 de febrero 2017]

Decreto de 16 de diciembre de 1950 por el que se aprueba el texto articulado de la Ley de Régimen Local de 17 de julio de 1945. Boletín Oficial del Estado núm. 363, de 29/12/1950. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/363/A06037-06060.pdf> [citado 16 de Enero 2017]

Decreto 1794/1960, de 21 de septiembre, revisando, y unificando la Ley de dos de marzo de mil novecientos cuarenta y tres y el Decreto-ley de dieciocho de abril de mil novecientos cuarenta y siete. Boletín Oficial del Estado, núm 231, 26/06/1960. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1960-13701> [Consultado 25 de febrero 2017]

Decreto 3207/1967, de 28 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 10 de la Ley 116/1966, reglamentando el régimen de acumulaciones de plazas en los Cuerpos de Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado, núm 13, 15/01/1968. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1968-61 [consultado 25 de febrero de 2017].

Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado núm. 331, de 26/11/1944 [Internet]. 2017 [citado 31 Enero 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/331/A08908-08936.Pdf> [citado 16 de Enero 2017].

Ley de 17 de julio de 1945 de Bases de Régimen Local. Boletín Oficial del Estado núm. 199, de 18/07/1945. Disponible en: www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/199/A00360-00384.pdf [Consultado 25 de febrero 2017].

Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas. (Jefatura de Estado. Boletín Oficial del Estado número 202, de 21-07-1955;p 4440-4442). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/202/A04440-04442.pdf> [Consultado 25 de febrero 2017].

Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales. Boletín oficial del Estado num 165, 23/07/1962. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1962-13415 [Consultado 25 de febrero 2017].

Ley 104/1965, de 21 de diciembre, sobre modificación del artículo 222 del Código Penal, “Texto revisado de 1963».Boletín Oficial del Estado, núm 306, 23/12/1965. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1965-21315 [Consultado 25 de febrero 2017].

Ley 14/1966, de 18 de marzo, de Prensa e Imprenta. Boletín Oficial del Estado nº 67, 19/03/1966. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1966-3501 [Consultado 25 de febrero 2017].

Orden por la que se dictan normas para la obtención del título de especialidades médicas. (Ministerio de Educación. Boletín Oficial del Estado, núm 82, de 05-04-1958. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1958/082/A00623-00624.pdf>

Orden por la que se dictan normas sobre los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm 213, 04/08/1971. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1971-995 [Consultado 25 de febrero 2017]

Orden por la que se modifica el procedimiento de selección de los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social, regulado por la Orden de 28 de julio de 1971. Boletín Oficial del Estado, núm 248, 15/10/1976. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1976-19912 [Consultado 25 de febrero 2017]

BIBLIOGRAFIA

Anuario de la Prensa Española. Madrid: Ministerio de Información y Turismo; 1969.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

Appel JW, Beebe GW. Preventive psychiatry: an Epidemiologic Approach. JAMA. 1946;131(18):1469-1475.

Appel JW y Malcolm JF. Am J Psychiatry 1944 07/01; 2017/02;101(1):12-19.

Appel JW, Beebe GW y Hilger DW. Comparative incidence of neuropsychiatric casualties in world war I and world war II, Am J Psychiatry. Septiembre 1946 ;103(2):196-9.

Barnes M. Viaje a través de la locura. 1ª ed. ed. Barcelona: Martínez Roca; 1974.

Barona J, Bernabeu Mestre J. La salud y el Estado. València: PU ; 2008.

- Barrera C. El opus dei y la prensa en el tardofranquismo. *Historia y Política*. 2012;28:139-165.
- Bartlett, F.C. 'Charles Samuel Myers. 1873-1946 [obituary]', *Obituary Notices of Fellows of the Royal Society of London* 1948.
- Barton R. La neurosis institucional. 1ª ed. Madrid: Paz Montalvo;1974.
- Basaglia F. La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico. Barral;1968.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. Toward a theory of schizophrenia.1956.
- Berke J. Beyond Madness. 1ª ed. London: Jessica Kingsley Limited;2001.
- Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge;Cambridge University Press;1996.
- Bertolote J. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* 2008.
- Bertrand Marquer, Les "Romans" de la Salpêtrière. Réception d'une scénographie clinique: Jean-Martin Charcot dans l'imaginaire fin-de-siècle. Genève: Droz;2008
- Bierer, J. Group Psychotherapy. *British Medical Journal*, 1942, feb 214-217. Psychotherapy in Mental Hospital Practice, *The British Journal of Psychiatry* Sep 1940, 86 (364) 928-952
- Biess F. Gross D. Science and emotions after 1945. 1ª ed. Chicago: University of Chicago Press;2014.
- Bion W. y Rickman J. Intragroup Tensions in Therapy: Their Study as the Task of the Group. *The Lancet*. 1943;242(6274):678-682.
- Bion, W.R. The Leaderless Group Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1943;10:77-81.
- Blake W. Proverbs of Hell. The marriage of heaven and hell. Boston: John W Luce and Company [1790-1793]. 1906. Disponible online en: <https://archive.org/details/marriageofheaven00blak> [citado 16 de febrero 2017].
- Bruhn J. An operational approach to the sick-role concept. *Br J Med Psychol*. 1962
- Bugallo, M et al. Conflictos y luchas psiquiátricas en España. 1ª ed. Madrid: Dédalo; 1978.
- Campo Urbano Sd. Problemas de la profesión medica española: (informe preliminar). Madrid : Comisión Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias; 1964.
- Campos Marín, R. y González de Pablo, A (eds.). *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Catarata; 2016.
- Caplan E. Trains and Trauma in the American Gilded Age, En Micale M. Lerner P. *Traumatic pasts*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- Carpintero E y Vainer A. Las huellas de la memoria. *Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Topía; 2004.

- Castel F. Castel R. y Lovell A. La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano, Barcelona: Anagrama; 1980.
- Castel R. El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo, Madrid: La Piqueta; 1980.
- Castel R. La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984.
- Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión : fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona [etc.]: Península;1966.
- Caudill W, Redlich F, Gilmore H, Brody E. Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1952;22(2):314-33
- Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión: fundamentos de antropología dialéctica. 1ª ed. Barcelona: Península; 1966.
- Comelles, J. La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*; 1986, 19, VI:619-634.
- Cooper D. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Tavistock, London; 1967. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- Cooper, D. *The Death of the Family*. Penguin, Harmondsworth; 1971. *La muerte de la familia*. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- Cooper, D. *The Grammar of Living*. Penguin, Harmondsworth; 1974. *La gramática de la vida*. Barcelona: Ariel; 1978.
- Coppock V J. *Critical Perspectives on Mental Health*. London: Routledge; 2000. ley N.
- Crossley N. *Contesting Psychiatry: Social movements in mental health*. London-New York: Routledge; 2006.
- Crossley N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio–historical analysis. *Soc Sci Med* 1998
- Crossley N. The field of psychiatric contention in the UK, 1960–2000. *Social Science and Medicine*;2006.
- Chamberlin J. *On our own: patient controlled alternatives to the mental health system*. NYC: Macgraw Hill; 1978.
- Chartier R,. *Entre poder y placer: cultura escrita y literatura en la Edad Moderna*. Madrid : Cátedra; 2000.
- Dain N. *Psychiatry and Anti-Psychiatry in the United States*. En Micale, M. and Porter, R. (eds.) *Discovering the History of Psychiatry*, New York/Oxford, Oxford University Press; 1994.
- Dalton R.J. y Kuechler, M. *Los nuevos movimientos sociales*. Valencia: Editorial Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana y Diputació Provincial de Valencia;1992.
- Danforth A, Struble C, Yazar-Klosinski B, Grob C. MDMA-assisted therapy: A new treatment model for social anxiety in autistic adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016;64:237-249.

- Dawber TR, Meadors GF y Moore FE, Jr.: Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *Am J Public Health* 1951;41(3):279-286.
- De la Campagne C. Antipsiquiatría: una lógica de la esquizofrenia. Barcelona: Mandrágora;1975.
- Deleuze G. y Claire P. *Diálogos*. Valencia: Pre-textos;1980.
- Deleuze G, Guattari F, Monge F. El antiedipo: capitalismo y esquizofrenia. 1ª ed. Barcelona: Barral;1974.
- DeMiguel A. Estudios sociológicos sobre la situación social de España. Madrid: Fundación Foessa; 1970. Disponible en: http://www.caritas.es/publicaciones_compra.aspx?Id=4100&Idioma=1&Diocesis=1
- Desviat M. La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*. 2006;25;8–14.
- Donnelly M. The Politics of Mental Health in Italy. Taylor & Francis e-library; 2005 [1992].
- Draper H. The Berkeley revolt. 2º ed. Alameda, CA: Center for socialist history;1970.
- Duniec E, Raz M. Vitamins for the soul: John Bowlby's thesis of maternal deprivation, biomedical metaphors and the deficiency model of disease. *Hist Psychiatr* . 2011 Mar;22(85 Pt 1):93-107.
- Duran Muñoz R. La literatura sobre los nuevos movimientos sociales. Una revisión. *Revista de estudios políticos*. Nº 89, Julio- septiembre 1995.
- Duro Martínez J. Discursos médicos y políticos sobre la salud comunitaria durante la transición democrática española. *Praxis Sociológica*. 2014;18
- Edgar J. Wessely S. "Forward Psychiatry" in the Military: Its Origins and Effectiveness. *International Society for Traumatic Stress Studies. J Trauma Stress*. 2003 Aug;16(4):411-9.
- Ellenberger HF. El descubrimiento del inconsciente: historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Madrid: Gredos;1976.
- Estadística de la enseñanza en España curso 1969-1970. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;1971
- Fábregas, JL y Calafat, A. Política de la psiquiatría (charlando con Laing). Madrid: Zero;1976.
- Farrell MJ, Appel JW. Current trends in military neuropsychiatry. *Am j psychiatry* 1944 07/01; 2017/02;101(1):12-19
- Fonteret A. Hygiene psychique et morale de l'ouvrier dans les grandes villes en général, et dans la ville de Lyon en particulier. 1ª ed. 1858.
- Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de Francia (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica;2005.
- Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique;folie et déraison. Paris: Plon;1961.

Foucault, M. Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona:Paidós Ibérica;19

Freud S. Obras completas, tomo VI, Psicopatología de la vida cotidiana. Amorrortu Editores;1980.
Gallart Capdevila J. M. La asistencia psiquiátrica en Gran Bretaña: generalidades. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. 1968.

Galán E. Fuentes J. Prensa y política en el tardofranquismo (1962-1975). La rebelión de las élites. Cercles, revista d'història cultural. 2017;6

Galván, V. De vagos y maleantes: Michel Foucault en España. Barcelona: Virus Editorial; 2010.

Galván, V. García Ceballos B. El evangelio del diablo: Foucault y la «Historia de la locura». Madrid: Biblioteca Nueva-; 2013.

Galván V. La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, n.º 104.

Galván V. Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. HAOL. 2009;19:177-179.

García González J. La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible. 1ª ed. Gaceta Sanitaria;2012.

García González, J. Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: El caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972). Granada: Universidad de Granada, 1979; p 365 et seq. [<http://hdl.handle.net/10481/43236>] [Consultado 25 de febrero 2017].

García, R. ¡Abajo la autoridad!. 1ª ed. Barcelona: Anagrama;1979. García R. Historia de una ruptura. 1ª ed. Barcelona: Virus;1995.

García R. Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española. Barcelona:Virus;1995

Glass AJ and Bernucci MC(Eds.), Neuropsychiatry in World War II, Volume 1, Zone of Interior. Washington: Office of the Surgeon General; 1966.

Goffman E. Internados, ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1970.

González Chávez, M. La generación de la democracia. De la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Frenia;2003.

Government Printing Office. Nomenclature and method of recording diagnoses. US War Department Technical Bulletin TB MED. 1945;203.

Grob G. From asylum to community. 1ed. Princeton, N.J.: Princeton University Press;1991.

Hacking I. Rewriting the Soul. 1ª ed. Princeton: Princeton University Press;2001.

- Herman E. The romance of American psychology. 1ª ed. Berkeley: University of California Press;1996.
- Hilton, C. Mill Hill Emergency Hospital: 1939- 1945. BJPsych Bull. 2006;30;106-108.
- Hoffman A. Steal this book. 1ª ed. New York: Pirate Editions;distribuido por Grove Press;1971.
- Huertas. Historia cultural de la psiquiatría. Madrid: Catarata; 2012.
- Huertas R. Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1991;XI nº 37.
- Huertas R. Valentin Magnan y la teoría de la degeneración. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria. 1985;V(4).
- Huxley A. Las puertas de la percepción. Cielo e Infierno. Barcelona:Edhasa;200
- Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. 1ª ed. Phil. Trans. R. Soc. B; 2006.
- Jones E. Neuro Psychiatry 1943: The Role of Documentary Film in the Dissemination of Medical Knowledge and Promotion of the U.K. Psychiatric Profession. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 2014;69(2):294-324.
- Jones E, Wessely S. Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War. Hove, New York: Psychology Press, 2005.
- Jones M. Community Care for Chronic Mental Patients: The Need for a Reassessment. Psychiatric Services. 1975;26(2):94-98.
- Jones M. Group psychotherapy;British Medical Journal;1942b, 2.276-278. Jones M. Society and the sociopath. Am J Psychiatry. 1962 Nov;119:410-4
- Jones M. Group treatment, with particular reference to group projection methods. Am J Psychiatry 1944 11/01; 2017/02;101(3):292-299.
- Jones M. The therapeutic community. 1ª ed. New York: Basic Books;1953.
- Jones M. Social psychiatry in the community, in hospitals, and in prisons. 1ªed. Springfield, Ill: Thomas;1962.
- Jones M. y Rapoport R. Administrative and social psychiatry. The Lancet. 1955;266(6886):386-388.
- Jones. Rehabilitation of forces neurosis patients to civilian life. Br Med J. 1946 Apr 6;1:533-5.
- Joseph P. Neighborhood Rebels: Black Power at the Local Level. 1ª ed. New York: Palgrave Macmillan;2010.
- Kardiner A. Spiegel H. War stress and neurotic illness. 1ª ed. New York: Hoeber;1947.
- King P. y Steiner R. No ordinary psychoanalyst. 1ª ed. London: Karnac Books;2003.
- Kipen H, Fiedler N. Environmental Factors in Medically Unexplained Symptoms and Related Syndromes: The Evidence and the Challenge. Environmental Health Perspectives. 2002;597.

- Koltes JA, Jones M. A type of therapeutic community. PS 1957 04/01; 2017/02;8(4):6-9.
- Kotowicz Z. R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry. 1ª ed. London: Routledge;1997.
- Labisch, A. Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of 'Health' and the 'Homo Hygienicus'. J Contemp Hist. 1985.
- Lacalle D. La función social de científicos y técnicos. La clase obrera en España: continuidades, transformaciones, cambios, p 121-124. España: El Viejo Topo, 2006.
- Laing R. D. The Divided Self. Tavistock: London; 1960. The Self and Others:Further Studies in Sanity and Madness.London: Tavistock;1961.The Politics of Experience. Penguin, Harmondsworth; 1967. El Yo dividido. México D.F: FCE; 1964. El yo y los otros. México D.F: FCE; 1974.Experiencia y alineación en la vida contemporánea. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- Laing, R. D. and Esterson, A. Sanity, Madness and the Family. Tavistock, London; 1964.Cordura, locura y familia. México D.F: FCE; 1967.
- Lash, C. The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations, New York, Norton, 1979.
- Laverack G. Health Activism: Foundations and Strategies. London: Sage Publications. 2013
- Lawrence TH. Guerrilla. Madrid: Acuarela libros;Junio, 2004
- Lefranc G. La huelga: historia y presente. 1ª ed. Barcelona: Editorial Laia;1975.
- Lera A. Mi viaje alrededor de la locura. 1ª ed. Barcelona: Planeta;1972.
- Lewis A. Psychiatric Aspects of Effort Syndrome: (Section of Psychiatry). Proceedings of the Royal Society of Medicine. Proc R Soc Med. 1941 Jun;34(8): 533–540. P. 533
- Lewis T. The soldier's heart and the effort syndrome. London: Shaw and Son;1918.
- Luján Fernández LE. La política informativa tardofranquista el modelo de control de la empresa privada de prensa, (1966-1975) [tesis]; 2014. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/27815/> [Consultado 25 de febrero 2017]
- Diputación Provincial de Madrid. Comisión de Sanidad y Asistencia Social. En Memoria de la labor realizada por la Diputación Provincial de Madrid 1976. Madrid : Diputación Provincial; 1976. Biblioteca Regional de Madrid. Signatura: R.1253. Disponible en http://www.bibliotecavirtualmadrid.org/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1056948 [Consultado 25 de febrero 2017]
- Maffi, M. La cultura underground, Barcelona: Anagrama; 1975.
- Marcuse H. El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada. Barcelona: p. 285.
- Marcuse, H. Calas en nuestro tiempo: Marxismo y feminismo;Teoría y praxis;La nueva izquierda. 2ª ed. Barcelona: Icaria;1983,
- Marx, K. Capítulo VIII: Jornada de trabajo. En El capital. Libro primero, vol. 1. El proceso de circulación del capital. Madrid: Siglo XXI editores;2010.

- Maxwell, J., Tanner, JM. The clinical characteristics, treatment, and rehabilitation of repatriated prisoners of war with neurosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1948.
- McAdam D, McCarthy J. y Zald M. Movimientos sociales: perspectivas comparadas. 1ª ed. Tres Cantos: Istmo;1999.
- Menninger W. Psychiatry in a troubled world. 1ª ed. New York: MacMillan;1948.
- Menninger W. Psychiatric experiences in the war, 1941-1946. *Am J Psychiatry*. 1947 May;103(5):577-86 .
- Micale M. Hysterical men: the hidden history of male nervous illness. Cambridge, MA: Harvard University Press;2008.
- Micale M and Lerner P. Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930. Camee, UK: Cambridge University Press; 2001.
- Mir García J. El Viejo Topo treinta años después: Cuando la participación es la fuerza. Madrid: El viejo topo;2006.
- Morales F.J. La recepción de la antipsiquiatría en México entre las décadas de 1970 y 80. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2012
- Morales Zaragoza ML. Ozono. Abril 1978;31;34.
- Moreno L. y Sarasa S. Génesis y desarrollo del estado del bienestar en España. 1ª ed. Instituto de Estudios Sociales Avanzados;1992.
- Naseiro Ramudo A. El archivo del diario “Pueblo”. Un referente para la historia de la prensa en España durante el franquismo y la transición democrática. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 2013;36:11-29
- Nazario. La vida cotidiana del dibujante underground. Barcelona: Anagrama; 2016.
- Nicolás Marín E. La libertad encadenada: España en la dictadura franquista, 1939-1975. Madrid: Alianza;2005.
- Pérez Ledesma M. Nuevos y viejos movimientos sociales. En la transición treinta años después. Edición de Carmen Molinero. Ediciones Península;2006
- Núñez, C. Educación. Barciela López C, Tafunell X, Carreras A. Estadísticas históricas de España siglos XIX-XX. Vol. 1ª ed. Bilbao: Fundación BBVA;2005.
- Obituary Professor. Régis E. Baltimore: The Johns Hopkins Press. *The American Journal of Insanity*. 1918;75:304-306
- Organización Mundial de la Salud. OMS. Los primeros diez años de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra: OMS;1958.

- Paton S. Mobilizing the Brains of the Nation. *Mental Hygiene*. 1917;1:335.
- Pérez Ledesma M. Los nuevos movimientos sociales. Valencia: Editorial Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana y Diputació Provincial de València;1990.
- Pérez Ledesma M. Nuevos y viejos movimientos sociales. En: Molinero C. La transición treinta años después. Barcelona: Península;2006.
- Pickering A. The Cybernetic Brain: Sketches of Another Future. 1ª ed. University of Chicago Press;2010.
- Polo C. Crónica de un manicomio. Prensa, locura y sociedad. Madrid:AEN;1999.
- Porras Gallo M. La Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias. 1ª ed. Ciudad Real: SEHM;2011.
- Postel, J. y Allen, D. History and Anti-Psychiatry in France. En Micale, M. and Porter, R. (eds.). *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press:New York/Oxford;1994
- Prevention of Loss of Manpowre from Psychiatric Disorders: A Report of the Surgeon General. Special Technical Bulletin nº 3. 1944. Disponible en: http://warchronicle.com/nonbattlecasualties/us_wwii/prevention.htm [Consultado 25 de febrero 2017]
- Psychiatric experiences in the war, 1941-1946. *Am J Psychiatry*. 1947 May;103(5):577-86
- Racionero, L. Las filosofías del unde ground, Barcelona: Anagrama;1977.
- Reich W. La psicología de masas del fascismo. México, D. .: Roca;1973.
- Reich W. Psicoanálisis y sociedad: apuntes de freudo-marxismo. [2a. ed.] ed. Barcelona: Anagrama;1975.
- Rendueles G. De la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En Aparicio, V. (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría española*. Madrid: Ela-Arán;1997
- Rendueles G. Egoatría. Oviedo: KRK Ediciones;2004.
- Ribas Sanpons J. Los 70 a destajo. 1ª ed. Barcelona: RBA;2007.
- Rosazk, T. El nacimiento de la contracultura. Reflexiones sobre la sociedad tecnocrática y su oposición juvenil. 7º ed. Barcelona:Kairós;1981
- Royo Villanova y Morales, R. (1963). Crisis de la salud y defensa de la enfermedad. 1ª ed. Madrid: Aguilar.
- Rubin, J. DO IT!: Scenarios of the Revolution. 1ª ed. New York: Simon and Schuster;1970.
- Ruiz Resa D. Los derechos de los trabajadores durante el franquismo. 1ª ed. Madrid: Dyckinson;2015.

- Russell J. D, Kuechler M. Los nuevos movimientos sociales: un reto al orden político. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim;1992.
- Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría : ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 11ª ed.. Philadelphia;Madrid: Wolters Kluwer;;2015.
- Salmon T. The care and treatment of mental diseases and war neuroses («shell shock») in the British army. 1ª ed. New York: War work committee of the National committee for mental hygiene;1917.
- Scull A. Madness in civilization. A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2015.
- Scheff TJ. El rol del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
- Scheff T. Being mentally ill. 1ª ed. Chicago: Aldine Pub. Co;1966.
- Serigó Segarra A. Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica;1969.
- Shephard B. A war of nerves. 1ª ed. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2001.
- Simelio Solà N. Prensa de información general durante la transición política española (1974-1984): pervivencias y cambios en la representación de las relaciones sociales. Doctorado. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
- Spiegel H: Preventive psychiatry with combat troops. Am J Psychiatry 101:310–315, 1944;310-315.
- Stanton A.H., Schwartz M. S. The mental hospital: a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment. New York: Basic Books Publ.;1954.
- Szasz T.S. Ideología y Enfermedad Mental. Buenos Aires: Amorrortu;1976.
- Szasz T.S. Ideology and insanity. 1ª ed. Garden City, N.Y.: Anchor Books;1970.
- Szasz T. S. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu;1973 [publicación original1961]
- Taxel H. Authority structure in a mental hospital ward. 1ª ed. Chicago;1953.
- Thomas, G. M. Treating the Trauma of the Great War: Soldiers, Civilians, and Psychiatry in France, 1914-1940. Baton Rouge: Louisiana State University 2009.
- Varela, J. Álvarez Uría F. Sujetos frágiles: Ensayos de sociología de la desviación. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- Wood P. Da Costa's Syndrome (or Effort Syndrome). Lecture I. Br Med J. 1941 May 24;1(4194):767-72.
- Wood, P. Aetiology of Da Costa's Syndrome, Br Med J. 1 (845): 845-851.

Zalbidea Bengoa B. La prensa del movimiento en España: 1936-1983. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco;1996.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

Con y contra el cine. En torno a Mayo del 68. Museoreinasofia.es. 2017 [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: [http:// www.museoreinasofia.es/actividades/contra-cine-torno-mayo-6](http://www.museoreinasofia.es/actividades/contra-cine-torno-mayo-6)

Disabled Persons (Employment) Act 1944. Legislation.gov.uk. 2017 [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: [http:// www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/7-8/10/contents](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/7-8/10/contents)

DSM Trieste: [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/index.htm>

El Viejo Topo - [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6044>

Fundación Diario Madrid. [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: <http://diariomadrid.net/index.php/hemeroteca/itemlist/filter?created-from=1971-1-25&restcata=6&moduleId=133&ItemId=367>

Hemeroteca del periódico ABC. [consultado 25 de febrero 2017] <http://hemeroteca.abc.es/>

Hemeroteca del periódico La Vanguardia. [consultado 25 de febrero 2017] <http://www.lavanguardia.com/hemeroteca>

La Révolution surréaliste. Gallica. 2017 [consultado 25 de febrero 2017]. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58450863.item>

Lombardía JO. y Nieto Pereira L. Entrevista con Miguel Riera, director de El Viejo Topo. Pueblos. Revista de información y debate. Diciembre 2004, Disponible en: <http://www.revistapueblos.org/old/spip.php?article64>.

Mental Health Act. Ministry of Health, 29 de julio, 1959. [consultado 25 de febrero 2017] Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/7-8/72/>

SLS · Colloquia · The David Burns Manuscript. Laingsociety.org. 7 [citado 19 de febrero 2017]. Disponible en: <http://laingsociety.org/colloquia/thercommuns/dburns1.html>

Triunfo digital. . [consultado 25 de febrero 2017] <http://www.triunfodigital.com/>

WHO | List of fonds. Who.int. [consultado 25 de febrero 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/> http://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/en/

PELÍCULAS Y DOCUMENTALES

CA 13 o comité d'action du 13 ème arrondissement de Paris. Grupo ARC;1968.

Fernández de Castro D. Entrevista a Pepe Ribas[vídeo]; 2014. Disponible online en: Ajoblanco.com <https://vimeo.com/97153539> [consultado 25/2/2017]

Field Psychiatry for the General Medical Office ,(Combat Exhaustion en US) Film N° 1167. California: Motion Media Records Center, Norton AFB.

Gómez Viñas X y Cayuela P. Fóra [documental]. Santiago de Compostela; 2012.

Iglesias G. Underground. La ciudad del Arco Iris. [documental]. Sevilla; 2003.

Introduction to combat fatigue, Training Film n° 1402. California: USAF Motion Media Records Center, Norton AFB;1944. Disponible en: <https://archive.org/details/gov.archives.arc.35906>

Robinson, P. Entrevista a Ronald Laing. Asylum [documental]. Londres: 1972

The new Lot. Film N° 1133. California: Carol Reed. USAF Motion Media Records Center, Norton AFB.

Un film comme les autres. Jean-Luc Godard;1968

US army, Let there be light.Training Film n° 5019. USAF Motion Media Records Center, Norton AFB, California: John Huston;1946.